

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

181

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**CHARLES DEBRAY**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 28 Novembre 1907, à Avignon.

---

LES FORMES ATYPIQUES

DE

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

SOUS LE CONTROLE

DE LA GASTROSCOPIE

---

*Président : M. ÉMILE SERGENT, Professeur.*

---

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937



LES FORMES ATYPIQUES  
DE  
L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC  
SOUS LE CONTROLE  
DE LA GASTROSCOPIE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

**CHARLES DEBRAY**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Né le 28 Novembre 1907, à Avignon.

---

LES FORMES ATYPIQUES

DE

L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

SOUS LE CONTROLE

DE LA GASTROSCOPIE

---

*Président : M. ÉMILE SERGENT, Professeur.*

---

LIBRAIRIE MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1937



I. — PROFESSEURS

|                                                                         | MM.                |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | ROUVIÈRE.          |
| Physiologie . . . . .                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale . . . . .                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale . . . . .                                               | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie . . . . .                                                 | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale . . . . .                  | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale . . . . .                               | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | ROUSSY.            |
| Histologie . . . . .                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive . . . . .                                | TANON.             |
| Médecine légale . . . . .                                               | BALTHAZARD         |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | Laignel-Lavastine. |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie . . . . .                      | M. VILLARET.       |
| Clinique médicale . . . . .                                             | { LOEPER.          |
|                                                                         | { CARNOT.          |
|                                                                         | { CLERC.           |
|                                                                         | { Marcel LABBÉ.    |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             | NOBÉCOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses . . . . .                            | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | { CUNÉO.           |
|                                                                         | { GOSSET.          |
|                                                                         | { GREGOIRE.        |
|                                                                         | { LENORMANT.       |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | TERRIEN.           |
| Clinique urologique . . . . .                                           | MARION.            |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | { BRINDEAU.        |
|                                                                         | { COUVELAIRE.      |
|                                                                         | { JEANNIN.         |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie . . . . .                 | OMBRÉDANNE         |
| Clinique thérapeutique médicale . . . . .                               | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique . . . . .                             | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale . . . . .                           | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique . . . . .                                        | SERGEANT.          |
| Clinique de la tuberculose . . . . .                                    | BEZANÇON.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte . . . . .                | MATHIEU.           |
| Cardiologie clinique . . . . .                                          | LAUBRY.            |
| Professeurs sans chaire . . . . .                                       | { HOVELACQUE       |
|                                                                         | { MULON.           |
|                                                                         | { OLIVIER.         |
|                                                                         | { VERNE.           |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                             |                               | MM.                               |                                 |
|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| AMELINE . . . . .               | Pathologie chirurgi-<br>cale. | LEMAIRE . . . . .                 | Pathologie expéri-<br>mentale.  |
| BARJETY . . . . .               | Pathologie médicale.          | LEVEUF . . . . .                  | Pathologie chirurgi-<br>cale.   |
| BÉNARD (Henri) . . . . .        | Pathologie médicale.          | M <sup>me</sup> J. LÉVY . . . . . | Pharmacologie.                  |
| BERNARD (Étienne) . . . . .     | Pathologie médicale.          | LÉVY-VALENSI . . . . .            | Neurologie et Psychia-<br>trie. |
| BESANÇON (Justin) . . . . .     | Hydrologie.                   | MENEGAUX . . . . .                | Pathologie chirurgi-<br>cale.   |
| BOULIN . . . . .                | Pathologie médicale.          | MOLLARET . . . . .                | Pathologie médicale.            |
| BULLIARD . . . . .              | Histologie.                   | MOREAU . . . . .                  | Pathologie médicale.            |
| CATHALA . . . . .               | Pathologie médicale.          | MOULONGUET . . . . .              | Pathologie chirurgi-<br>cale.   |
| CHEVALLIER . . . . .            | Pathologie médicale.          | MOUQUIN . . . . .                 | Pathologie médicale.            |
| COSTE . . . . .                 | Pathologie médicale.          | OBERLING . . . . .                | Anatomie patholo-<br>gique.     |
| DOGNON . . . . .                | Physique.                     | PETIT-DUTAILLIS . . . . .         | Pathologie chirurgi-<br>cale.   |
| FEY . . . . .                   | Urologie.                     | PIÉDELIEVRE . . . . .             | Médecine légale.                |
| FUNCK . . . . .                 | Pathologie chirurgi-<br>cale. | PORTES . . . . .                  | Obstétrique.                    |
| GALLIARD . . . . .              | Parasitologie.                | RENARD . . . . .                  | Ophthalmologie.                 |
| GASTINEL . . . . .              | Bactériologie.                | RICHT . . . . .                   | Physiologie.                    |
| DE GAUDART D'ALLAINES . . . . . | Pathologie<br>chirurgicale.   | SANNIÉ . . . . .                  | Chimie biologique.              |
| DE GENNES . . . . .             | Pathologie médicale.          | SÈNÈQUE . . . . .                 | Pathologie chirurgi-<br>cale.   |
| GAYET . . . . .                 | Physiologie.                  | TROISIER . . . . .                | Pathologie expéri-<br>mentale.  |
| GIROUD . . . . .                | Histologie.                   | TURPIN . . . . .                  | Pathologie médicale.            |
| HAGUENAU . . . . .              | Pathologie médicale.          | VIGNES . . . . .                  | Obstétrique.                    |
| HALPHEN . . . . .               | Oto-rhino-laryngol.           | WILMOTH . . . . .                 | Pathologie chirurgi-<br>cale.   |
| HAZARD . . . . .                | Pharmacologie.                |                                   |                                 |
| HUGUENIN . . . . .              | Anatomie patholog.            |                                   |                                 |
| JOANNON . . . . .               | Hygiène.                      |                                   |                                 |
| LACOMME . . . . .               | Obstétrique.                  |                                   |                                 |
| LANTUEJOL . . . . .             | Obstétrique.                  |                                   |                                 |
| LAROCHE (Guy) . . . . .         | Pathologie médicale.          |                                   |                                 |
| LELONG . . . . .                | Pathologie médicale.          |                                   |                                 |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

| MM.                     |                               | MM.                     |                             |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| ALGLAVE . . . . .       | Pathologie chirurgi-<br>cale. | LEROUX . . . . .        | Anatomie patholo-<br>gique. |
| BUSQUET . . . . .       | Pharmacologie.                | NEVEU-LEMAIRE . . . . . | Parasitologie.              |
| CHAILLEY-BERT . . . . . | Physiologie.                  | PHILIBERT . . . . .     | Bactériologie.              |
| GUENIOT . . . . .       | Obstétrique.                  | VAUDESCAL . . . . .     | Obstétrique.                |
| LARDENNOIS . . . . .    | Pathologie chirur.            |                         |                             |

#### IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.              |                      | MM.             |                          |
|------------------|----------------------|-----------------|--------------------------|
| ALAJOUANINE .    | } Clinique médicale. | BASSET . . . .  | } Clinique chirurgicale. |
| AUBERTIN. . .    |                      | BROCC. . . . .  |                          |
| BRULÉ. . . . .   |                      | CADENAT . . . . |                          |
| CHABROL . . . .  |                      | GATELLIER . . . |                          |
| CHIRAY . . . . . |                      | HEITZ-BOYER . . |                          |
| DONZELOT. . . .  |                      | MOURE . . . . . |                          |
| DUVOIR . . . . . |                      | QUENU . . . . . |                          |
| LIAN. . . . .    |                      | SCHWARTZ . . .  |                          |
| VALLÉRY-RADOT .  |                      | VELTER. . . . . |                          |
| (Pasteur)        |                      |                 |                          |
| SÉZARY . . . . . |                      |                 |                          |

| MM.             |                          |
|-----------------|--------------------------|
| ECALLE. . . . . | } Clinique obstétricale. |
| LE LORIER . . . |                          |
| LEVY-SOLAL . .  |                          |
| METZGER . . . . |                          |

#### V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé . .   | Éducation physique.  |
| LEDOUX-LEBARD . . . . .     | Radiologie clinique. |
| PHILIBERT, agrégé . . . . . | Microbiologie.       |
| RUPPE . . . . .             | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ. . . . .         | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ÉMILE SERGENT

Professeur de clinique propédeutique,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Médecin de l'Hôpital Broussais-La Charité.

*En témoignage de notre pro-  
fonde admiration, de notre  
respectueuse affection et de  
notre vive reconnaissance pour  
tout ce qu'il a fait pour nous.*

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. CHIRAY

Médecin de l'Hôpital Bichat.

*Qui nous a donné tant de  
marques de bienveillance et  
nous a constamment guidé de  
ses conseils, en témoignage de  
notre reconnaissance et de  
notre fidèle attachement.*

## A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR F. MOUTIER

Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris.

*Qui, après nous avoir initié  
à la gastroscopie, nous a ins-  
piré le sujet de ce travail et  
nous a dirigé dans son élabo-  
ration, en témoignage de notre  
gratitude et de notre respec-  
tueux attachement.*

## A NOS MAÎTRES

- M. LE PROFESSEUR A. CLERC.
- M. LE PROFESSEUR P. DUVAL.
- M. LE PROFESSEUR J. GAUTRELET.
- M. LE DOCTEUR E. MAY.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ F. COSTE.
- M. LE DOCTEUR R.-A. MARQUEZY.
- M. LE DOCTEUR M. PINARD.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. MOREAU.
- M. LE DOCTEUR R. KOURILSKY.
- M. LE DOCTEUR R. BENDA.
- M. LE DOCTEUR CH. GANDY.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. LEMAIRE.
- M. LE DOCTEUR A. ESCALIER.
- M. LE DOCTEUR V. OUMANSKY.

## À NOS MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

### Stage.

1926-1927. — M. le Professeur F. WIDAL (*in memoriam*).

1927. — M. le Professeur P. DELBET.

1927. — M. le Professeur A. CLERC.

### Externat.

1928. — M. le Professeur H. HARTMANN.

1929. — M. le Professeur agrégé M. CHIRAY.

1930. — M. le Docteur L. LOEDERICH.

M. le Professeur CH. ACHARD.

M. le Professeur A. CLERC.

M. le Docteur CH. GANDY.

### Externat en premier.

1931. — M. le Professeur E. SERGENT.

### Internat.

1932. — le Docteur E. MAY.

1933. — M. le Professeur agrégé F. COSTE.

1934. — M. le Docteur R.-A. MARQUEZY.

M. le Docteur M. PINARD.

1934-1935. — M. le Professeur E. SERGENT.

1935-1936. — M. le Professeur agrégé R. MOREAU.

1936-1937. — M. le Professeur agrégé M. CHIRAY.

A NOS ANCIENS CHEFS DE CONFÉRENCE

MM. les Docteurs V. OUMANSKY, LEYDET, ESCALIER,  
S. BLONDIN, DELAFONTAINE, LEMAIRE, BERGOUIGNAN.

A MM. les Professeurs TANON et BRUMPT.

A MM. les Docteurs BERGERET, BOPPE,  
LARDENNOIS, FAROY, LOMON, G. ALBOT,  
LE CANUET, ROSANOFF, MOLLARD,  
LANGERON, NAVARRE, BONNET.



## INTRODUCTION



## INTRODUCTION

---

Il y a quelques années encore, le diagnostic d'ulcère gastrique ne pouvait pratiquement se fonder avant l'acte opératoire que sur les résultats des examens cliniques et radiologiques.

Pendant longtemps, la *séméiologie clinique* de l'ulcus de l'estomac resta celle qu'avait décrite Cruveilhier (de 1830 à 1856), complétée plus ou moins heureusement par ses successeurs. Mais ces descriptions, remarquables sans doute à beaucoup de points de vue, restaient cependant très imparfaites : elles avaient le défaut de s'appliquer surtout aux phases terminales souvent compliquées de la lésion ; elles méconnaissaient beaucoup de formes guérissant spontanément dont il était à cette époque impossible de faire la preuve formelle ; enfin, elles faisaient entrer dans le cadre de l'ulcère nombre de cas qui n'en étaient certainement pas.

Il fallut en arriver au développement des méthodes chirurgicales et du radio-diagnostic pour avancer à nouveau dans l'étude de l'ulcère gastrique. En effet, les progrès de la chirurgie gastro-duodénale (Soupault et Hartmann, Moynihan, Mayo-Robson, Codman, les frères Mayo...), et, quelques années plus tard, l'application de la technique radiologique aux voies digestives (Cole, Case, Carman et Miller, George et Léonard Akerlund, Keller...), vinrent fournir à l'étude de la maladie de Cruveilhier les bases indispensables, à la fois solides et

suffisamment précoces, qui lui avaient manqué jusque-là. Ainsi s'affirma rapidement une symptomatologie plus précise de l'ulcère, dont la valeur ne saurait être mise en doute.

Mais, excellents peut-être pour reconnaître les formes typiques de l'ulcère gastro-duodéal, interrogatoire et examen clinique sont passibles cependant de reproches graves : ils laissent échapper nombre de formes inhabituelles qui n'ont pas le « canon » ulcéreux classique ; ils sont incapables de préciser sûrement le siège gastrique ou duodéal de la lésion et à plus forte raison sa topographie dans l'estomac ; ils ne fournissent aucun renseignement certain sur sa profondeur et sur les lésions périulcéreuses.

L'*exploration radiologique* a véritablement ouvert une « ère nouvelle » (Duval, Roux et H. Bécclère) dans le diagnostic de l'ulcère. Très souvent, elle permet d'affirmer son existence de la manière la plus formelle ; elle fournit, quant à l'extension de la lésion en profondeur et en largeur, et quant au fonctionnement général de l'estomac, des renseignements de grande valeur. Elle a « transformé l'opération exploratrice d'autrefois en exploration précise dont maints détails ont été réglés au préalable ». Elle permet de prévoir dans une certaine mesure la « tactique opératoire » à employer.

Toutefois, comme la clinique, l'examen radiologique a ses points faibles : malgré le perfectionnement de l'appareillage et des techniques, malgré l'expérience des radiologistes, il est avéré qu'un certain nombre d'ulcères lui échappent complètement ; elle ne peut reconnaître avec certitude que les ulcères qui forment une cavité que peut remplir la substance opaque aux rayons ; les ulcères plats qui ne déterminent qu'une perte de substance très minime restent, le plus souvent, invisibles.

De plus les ulcères des faces et de la zone sous-cardiaque sont assez fréquemment méconnus, ceux-là à cause de leur siège non marginal, ceux-ci en raison de la difficulté d'examen de la région où ils se sont creusés.

Ainsi donc, et malgré les progrès considérables réalisés en ces trente dernières années, il est indiscutable qu'un certain nombre d'ulcères gastriques échappent aux examens les mieux conduits. Saloz, Cramer et Moppert, sur 559 ulcères gastro-duodénaux, indiquent que dans 147 cas (soit 26 %) le diagnostic fut fait seulement au cours de l'autopsie. Cette proportion considérable est certes due pour une grande part à l'ancienneté de la statistique (1897-1922) ; il est probable que beaucoup des ulcères qui furent méconnus alors seraient identifiés de nos jours grâce aux appareillages et aux techniques actuels. Il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui encore le diagnostic d'ulcus gastrique reste difficile à affirmer dans un certain nombre de cas par les méthodes habituelles clinique et radiologique.

Deux techniques relativement récentes, la *gastroscope* et la *gastrophotographie*, par la qualité et le nombre des renseignements fournis, doivent actuellement être placées à côté des méthodes clinique et radiologique d'exploration gastrique. Elles ont fourni sur l'ulcère des renseignements de première importance qui ont confirmé ou complété des notions acquises ; elles ont révélé des faits inconnus jusque-là.

La *gastrophotographie*<sup>1</sup> mise au point par Porges, Heilpern et Back (1929), appliquée et perfectionnée en

1. Nous n'avons en vue ici que les gastrophotographies obtenues grâce à l'introduction dans l'estomac de deux minuscules caméras. Nous verrons page 17 (note) qu'il est possible d'obtenir des gastrophotographies au moyen du gastroscope flexible.

France par Porcher, Garin et Bernay, Bécart, a pu donner pour le dépistage de l'ulcère gastrique des renseignements intéressants. Nous pensons néanmoins — et nous en verrons plus loin les raisons — que son intérêt diagnostique est faible. A l'heure actuelle, elle ne peut supporter la comparaison avec la *gastroskopie*.

Celle-ci représente un progrès considérable dans l'exploration de l'estomac. Seule, elle autorise la vision directe de la muqueuse gastrique avec son relief, son coloris, ses mouvements. Mais elle n'est au point que depuis quelques années seulement, depuis la création du gastroscope flexible (Schindler, 1932). Dans le domaine de la maladie de Cruveilhier comme dans la plupart des autres affections gastriques, ce nouveau mode d'exploration a permis de recueillir des renseignements d'une valeur inestimable. Il a montré la fréquence des formes atypiques cliniquement et anatomiquement ; il a fourni des précisions d'un grand intérêt sur la formation des niches radiologiques ; il a pu donner certains détails précis sur le mode de début et l'évolution de la lésion ulcéreuse ; il est mieux à même, enfin, que toute autre méthode de nous renseigner sur l'activité des diverses thérapeutiques anti-ulcéreuses. Certes la gastroskopie, cette anatomie pathologique de l'estomac vivant, n'a pas encore fourni tout ce qu'elle pouvait sur l'ulcère. Certes, elle ne peut tout donner, et nous verrons plus loin ses imperfections et ses faiblesses. Néanmoins son apport a déjà été considérable, ne serait-ce que dans le domaine si important du diagnostic de certaines formes atypiques de la maladie de Cruveilhier, diagnostic d'où découlent la thérapeutique et le pronostic.

Sur les conseils et sous la direction de notre maître le Dr F. Moutier, il nous a paru intéressant d'étudier,

sous le contrôle de l'endoscopie gastrique, *les principales formes atypiques de l'ulcère de l'estomac*. Nous serons amenés à faire le bilan de ce que la gastroscopie nous a permis d'acquérir sur cette question ; nous verrons qu'un certain nombre de points nouveaux ont été révélés par elle ; un plus grand nombre encore, soupçonnés ou partiellement prouvés, ont été confirmés, mais l'*étude directe* des lésions sur le vivant fournis à ces faits, vérifiés ou découverts, un cachet de certitude que ne peut apporter aucune autre méthode.

En terminant cette courte introduction, qu'il nous soit permis de dire tout ce que nous devons à deux de nos maîtres sans lesquels ce travail n'aurait pu être mené à bien : M. le professeur agrégé M. Chiay, qui a bien voulu nous confier depuis plus d'un an la consultation d'endoscopie gastrique de son service à l'hôpital Bichat, qui nous a témoigné une bienveillance inlassable et nous a constamment guidé de ses conseils, et M. le Dr F. Moutier, notre maître en gastroscopie, qui, outre l'idée de ce travail, nous a fourni la majeure partie de nos observations. Signalons aussi que quelques malades que nous avons examinés, nous ont été confiés par MM. May, Pasteur Vallery-Radot, Faroy, Boidin, Paraf, Bariéty, Gougerot, Escalier. Nous sommes heureux de pouvoir les remercier ici.

---



# CHAPITRE PREMIER

## GÉNÉRALITÉS



## I. — FORMES TYPIQUES ET FORMES ATYPIQUES DE L'ULCÈRE GASTRIQUE

Il nous faut tout d'abord donner une définition. Qu'entendons-nous par *forme typique de l'ulcère gastrique*? Nous désignerons sous ce nom l'ulcère qui comporte, *associés* les deux ordres de signes cliniques et radiologiques suivants :

1. — Les *signes cliniques* comprennent avant tout les *douleurs* qui ont deux caractères essentiels : elles sont post-prandiales ; elles évoluent par périodes douloureuses.

Qu'elles soient vives ou peu accusées, quels que soient leur siège et leurs irradiations, quelles que soient leurs variations par l'alimentation, le décubitus ou les alcalins, ces douleurs sont *rythmées par les repas*. En général tardives ou semi-tardives, rarement précoces et apparaissant au cours ou dès la fin du repas, elles durent plus ou moins longtemps après lui.

Elles ne sont pas continues ; elles évoluent par *périodes douloureuses* pendant lesquelles elles surviennent tous les jours « sans un manque », souvent après tous les repas. Ces périodes durent quinze jours à un mois en moyenne, parfois moins (quelques jours), quelquefois plus (deux ou trois mois). Elles sont séparées par des phases d'accalmie complète, périodes asymptomatiques plus ou moins longues, qui durent quelques semaines, quelques mois, voire des années. Cette notion d'évolution discontinue, cette marche oscillante des ulcères gastro-

duodénaux, déjà signalée par Hayem, et Lion, par Soupault, par Mathieu, fut affirmée de la manière la plus formelle par Moynihan (1924). R.-A. Gutmann (1925), en fait le signe caractéristique et spécifique des douleurs ulcéreuses. Pour lui « l'allure générale et le groupement des symptômes a plus de valeur que l'analyse des symptômes eux-mêmes ». Garin et Bernay, J. Chaumerliac ont eux aussi, insisté sur la valeur de ce signe.

En somme, « évolution par périodes de plusieurs semaines dans l'année, évolution par crises tardives dans la journée, ces deux caractères forment la physionomie clinique de l'ulcus ». (R. A. Gutmann.)

2. — De tous les *signes radiologiques* de l'ulcère gastrique, signes dont la valeur est inégale, nous n'en retiendrons qu'un seul, le seul vraiment caractéristique, le seul de « valeur absolue » (Duval, Roux et Bécclère) : la *niche* (Reiche, Haudek, Faulhaber), ou image diverticulaire (Bécclère), ou encore image pseudo-diverticulaire (Gutmann). Ce symptôme témoigne classiquement du remplissage du cratère même de l'ulcère par la substance opaque. Elle peut revêtir plusieurs types : niche de Haudek (avec niveau opaque, bulle d'air sus-jacente et pédicule étroit, aspect qui est seul absolument pathognomonique), ergot, cône d'attraction, niche de face. Signalons en passant — et c'est là presque un truisme aujourd'hui — que seul l'examen radiologique permet de localiser avec certitude à l'estomac ou au duodénum l'ulcère soupçonné par la clinique. Nous ne nous attarderons pas à discuter si ces signes cliniques et radiologiques sont pathognomoniques de l'ulcère ; cela dépasserait le cadre de notre sujet. En pratique leur association est caractéristique.

Notons en passant que nous ne retenons pas comme

signes cardinaux de l'ulcère de l'estomac les *gastrorragies* et l'*hyperchlorhydrie*. Ces deux ordres de signes ne sont pas spécifiques puisqu'ils s'observent dans nombre d'affections autres que l'ulcère. Ils ne sont nullement constants : le mélæna et les hématomèses patents ou occultes, l'hyperacidité du liquide de tubage même après injection d'histamine, manquent souvent dans la maladie de Cruveilhier. Inconstants, non caractéristiques, ces signes ne peuvent être pour le diagnostic d'ulcère que des signes d'appoint mais rien de plus.

Les ulcères que nous aurons en vue seront ceux seulement *qui n'ont pas les caractères cliniques et radiologiques précédents*, et, à plus forte raison, ceux qui ne possèdent ni les uns, ni les autres. Nous aurons donc à décrire les ulcères qui ne se traduisent pas par le syndrome ulcéreux classique ou qui ne donnent pas de niche sur les films. Nous considérerons également comme atypiques certaines formes d'ulcères qui, anatomiquement (c'est-à-dire gastroscopiquement), n'ont pas les caractères habituels de l'ulcère rond (ulcère nain ou géant, ulcère plat...).

Restant surtout sur le terrain de la clinique et du diagnostic, nous ne ferons que de très courtes incursions dans les problèmes complexes et incertains de l'étiologie de la pathogénie et de la thérapeutique.

Sauf quelques cas, où l'ulcère invisible à l'endoscope ne put être certifié que sur la pièce opératoire, le diagnostic fut affirmé formellement par la gastroscopie et c'est sous son contrôle que nous avons repris l'étude des formes atypiques de l'ulcère.

Nous écarterons d'emblée du cadre de notre sujet un certain nombre de formes cliniques pour lesquelles l'examen endoscopique ne peut ou ne doit pas être

pratiqué pour des raisons variables, tels l'ulcère de l'enfant, l'ulcère compliqué (périgastrite aiguë, hémorragie récente, perforation, abcès sous-phrénique). Nous laisserons volontairement de côté les ulcères post-opératoires, dits ulcères peptiques, se développant sur le versant gastrique d'une bouche de gastro-entérostomie ou chez un gastrectomisé. Ces ulcères sur estomac opéré sont en effet, très particuliers et posent des problèmes cliniques, radiologiques et gastroscopiques que nous ne voulons pas aborder ici.

---

## II. — GÉNÉRALITÉS SUR LA GASTROSCOPIE

Il nous paraît indispensable, avant de commencer l'étude des formes atypiques, de donner quelques détails aussi succincts que possible sur la gastroscopie actuelle, examen assez particulier, non encore entré dans la pratique courante de la gastrologie <sup>1</sup>.

Les premières endoscopies gastriques furent réalisées il y a très longtemps en 1868 par Kussmaul avec l'appareil de Désormeaux, mais, jusqu'à ces dernières années et malgré les efforts de nombreux chercheurs la gastroscopie devait rester une curiosité. Les appareils utilisés alors étaient difficiles à manier, douloureux et surtout dangereux. La gastroscopie devait être considérée comme « un moyen d'exception dans l'exploration de l'estomac, se plaçant dans l'échelle de nos investigations après la radioscopie et avant la laparotomie exploratrice » (J. Rachet, 1926). La cause essentielle de ses imperfections et de ses dangers était la rigidité des appareils employés qui redressaient brutalement les courbures de l'œsophage. C'était au niveau de la traversée du diaphragme et du cardia que le passage était difficile et que se produisaient les arrêts et éventuellement les fausses routes, génératrices de médiastinites mortelles.

1. Pour tous détails, consulter le remarquable *Traité de Gastroscopie et de Pathologie endoscopique de l'estomac*, de F. Moutier. Masson, 1935.

Ces graves inconvénients avaient freiné le développement de la gastroscopie ; ils firent chercher la sécurité dans la voie des gastroscopes non rigides. Des travaux longtemps poursuivis permirent à Schindler de mettre au point en 1932, un appareil flexible dans sa moitié inférieure <sup>1</sup>. Cet appareil est presque le seul employé aujourd'hui. Sa réalisation marque une date fondamentale dans l'histoire de la gastroscopie. La caractéristique essentielle de ce gastroscopie est la flexibilité ou plutôt la demi-flexibilité de sa moitié inférieure qui autorise une angulation de 34° d'angle avec l'axe primitif sans que les images soient déformées et cessent d'être rondes. Mais cette souplesse relative impose la multiplication des lentilles et des prismes qui transmettent les images, ce qui rend l'appareil coûteux et relativement fragile. Elle a, par contre, un avantage considérable, elle permet en effet à l'appareil de se prêter aux courbures normales de l'œsophage sans les redresser brutalement. Dès lors et à condition d'éliminer un certain nombre de contre-indications de bon sens (mauvais état général, cyphoses et scolioses marquées, âge très avancé, ectasie aortique, lésions œsophagiennes et juxta cardiaques), la gastroscopie devient une exploration en général facile et à condition d'employer certaines précautions sans danger <sup>2</sup>.

Bien que relativement désagréable chez certains malades nerveux, impressionnables ou indociles, elle

1. Il existe deux modèles de gastroscopie de Schindler (Wolf constructeur). L'un mince, du calibre uniforme de 8 millimètres est facile à introduire, mais donne des champs faibles (55°) et modifie sensiblement la couleur. L'autre, plus récent, a 11 millimètres de diamètre dans sa moitié inférieure, 8 mm, 5 dans sa moitié supérieure ; plus volumineux, il donne un champ plus étendu (90°) et transmet bien le coloris. C'est l'appareil courant actuel ; c'est celui que nous avons employé.

2. Notre maître, le Dr Moutier a pratiqué plus de douze cents examens et nous-mêmes plus de 300 sans aucun incident sérieux.

n'est pas réellement douloureuse à condition naturellement d'avoir une technique parfaite et d'opérer avec douceur. Elle est sans aucun doute moins pénible que la bronchoscopie ou l'œsophagoscopie, cependant couramment employées aujourd'hui.

Les images observées sont le plus souvent très nettes et assez faciles à lire. Cependant il faut souligner ici que de toutes les endoscopies, la gastroscopie est certainement la plus difficile pour la raison simple qu'elle explore une cavité volumineuse, irrégulière, asymétrique, douée de mouvements propres, parfois violents. C'est dire que l'interprétation des images sera parfois difficile et qu'un temps assez long sera nécessaire pour acquérir une expérience suffisante.

Il n'en reste pas moins que par sa simplicité et par la qualité des renseignements qu'elle fournit, la gastroscopie doit entrer dans les méthodes courantes d'exploration gastrique.

Nous laisserons complètement de côté la description de l'appareil<sup>1</sup> et la technique opératoire : médication

1. Signalons cependant deux points intéressants :

L'appareil ne permet pas actuellement de prendre des photographies endogastriques. Mais il ne s'agit pas là d'une impossibilité technique. Le problème est simplement difficile à résoudre pour les raisons suivantes. La coloration rouge de la muqueuse gastrique est peu actinique et n'impressionne les émulsions sensibles habituelles que très lentement ; la perte de lumière dans le système optique est considérable ; les mouvements de l'estomac spontanés et provoqués par la respiration obligent à ne poser qu'un temps très court (un fragment de seconde) ; enfin, les images obtenues sont de très petites dimensions (quelques millimètres) et doivent être considérablement agrandies. Il n'y a là d'ailleurs aucun obstacle impossible à surmonter, et il est certain que le problème est sur le point d'être résolu. Moutier (*Société de Gastro-entérologie de Paris*, 11 janvier 1937) en utilisant des plaques panchromatiques un peu spéciales, a pu obtenir des gastrophotographies avec le gastroscopie

*Planche I.* — Cette radiographie, prise en position transverse, montre la situation du gastroscope dans l'estomac après une forte insufflation et chez un sujet à estomac atonique. L'extrémité de l'appareil, qui se trouve à la partie moyenne du corps de l'estomac, porte trois saillies superposées : l'inférieure très peu dense correspond à l'éponge chargée d'essuyer le mucus œsophagien et gastrique qui pourrait souiller l'objectif; la moyenne est l'ampoule électrique qui éclaire l'estomac; la supérieure correspond à l'objectif. En raison de la superposition des gaz du fundus, de l'antrum, du duodénum et du colon, il est difficile de se rendre compte de la disposition exacte des divers segments gastriques. Noter la courbure à concavité de grand rayon que fait l'appareil.





*Planche II.* — Cette radiographie a été prise chez le même sujet, en position frontale cette fois. Le malade est en décubitus latéral droit, l'ampoule en avant de lui, le film derrière lui. On avait fait avaler quelques cuillerées de baryte qui se sont collectées au point déclive, à la partie haute de la grande courbure. On distingue nettement la grande courbure, la petite courbure prépylorique et l'angle gastrique soulignés par le liseré baryte. Entre l'angle gastrique et le cardia, la petite courbure n'est pas visible. — Noter aussi que des bulles gazeuses ont gagné le duodénum (en dedans de la petite courbure prépylorique). Le gastroscopie est poussé presque au maximum.

(Ces deux clichés ont été pris dans le service de notre maître, le Professeur agrégé M. CHIRAY, par notre ami, le Docteur LE CANUET).

sédative et anesthésie pharyngée précédant l'examen ; introduction du tube, le malade étant en décubitus latéral gauche et couché sur une table spéciale pouvant basculer en avant et en arrière ; insufflation d'air nécessaire pour déplisser les parois gastriques, repérage endogastrique. Nous rappellerons par contre rapidement l'aspect endoscopique de l'estomac, aspect dont nous aurons constamment à parler ultérieurement.

*L'estomac vu au tube gastroscopique* (fig. 1 et 2, Pl. I et II) est différent de l'estomac de l'anatomiste, du physiologiste ou du radiologue. Il est différent par sa mobilité souvent considérable, surtout sur certains estomacs pathologiques, et en particulier dans l'ulcus ; il est capable de mouvements amples ou localisés, rapides ou lents, passagers ou durables, qui rendent l'observation et l'interprétation des images parfois délicate. Il est différent par sa division en deux parties nettement distinctes, l'antré ou segment prépylorique et le corps séparés incomplètement par une formation presque toujours bien dessinée que ni l'anatomie, ni la radiologie ne pouvaient permettre de prévoir : le sphincter de l'antré.

courant. Si les clichés n'ont pas encore, il est vrai, toute la finesse désirable, ils n'en représentent pas moins un progrès très sensible.

D'autre part — mais il s'agit ici d'une impossibilité technique, au moins avec les gastroscopes actuels — l'appareil ne permet pas de pratiquer des biopsies intra-gastriques, et cela en raison même de sa construction : l'endoscopie de l'estomac ne peut en effet utiliser le principe de la vision directe qui est celui de l'œsophagoscopie et de la rectoscopie, lesquelles s'adressent à des conduits de calibre à peu près uniforme. Elle explore une cavité et, comme la cystoscopie doit donc employer la vision indirecte. L'objectif est latéral et subterminal, l'estomac est éclairé par une lampe électrique de bas voltage, faisant corps avec le gastroscopie. Les rayons lumineux sont renvoyés à angle droit dans l'axe du tube grâce à un prisme à réflexion totale. Les images sont alors transmises jusqu'à l'oculaire par une série de lentilles et de prismes-relais.

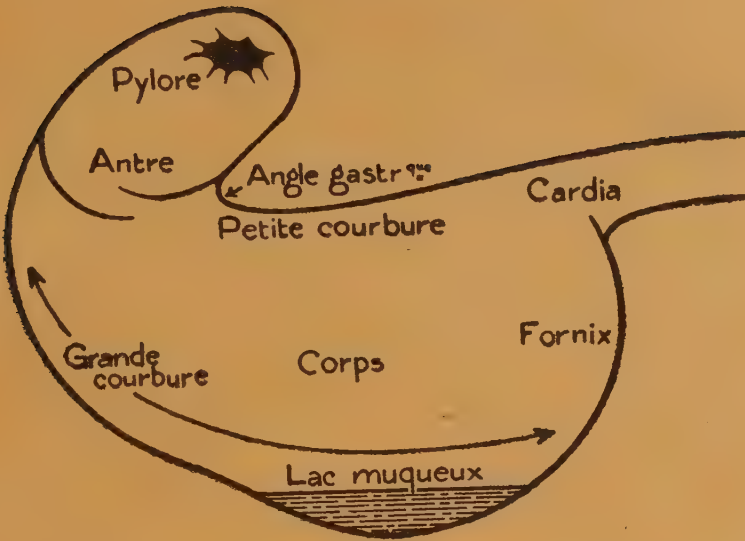


Fig. 1. — L'estomac en décubitus latéral gauche (d'après MOUTIER).

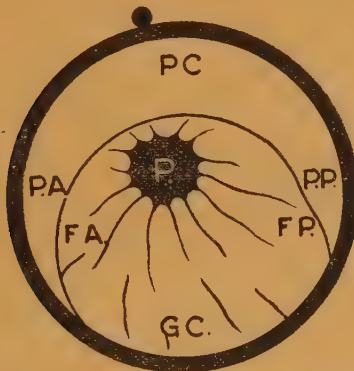


Fig. 2. — Le sphincter de l'antré, l'antré et le pylore (schéma de l'aspect endoscopique).

PC et GC : petite et grande courbures ; FA et PP : faces antérieure et postérieure ; PA et PP : piliers antérieur et postérieur. L'aspect de l'antré normal n'est pas toujours celui qui est schématisé ici ; l'angle gastrique qui se trouve à la rencontre des 2 piliers peut être beaucoup plus saillant et masquer tout ou partie du pylore. Le repère placé en haut et un peu à gauche de la figure indique la direction vers laquelle regarde l'objectif.

Ce sphincter dont le plan est à peu près sagittal, a la forme d'une ogive à deux piliers. Le sommet se trouve au niveau de l'angle gastrique, c'est-à-dire là où la petite courbure change de direction et de verticale devient horizontale ou ascendante. Les piliers sont l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure de l'estomac.

En amont d'eux, c'est le corps de l'estomac ; en aval d'eux, l'antra et le pylore. Le sphincter de l'antra est parfois mais non toujours complété en bas vers la grande courbure par un soulèvement plus ou moins net, la faux de l'antra. Cet ensemble piliers et faux, forme donc une sorte d'anneau plus ou moins complet, le sphincter de l'antra, relâché à certains moments si bien que le corps se continue avec l'antra sans démarcation nette<sup>1</sup>, contracté à d'autres instants et séparant alors d'une manière presque complète le fundus de la chambre antrale.

Souvent ce sera sur l'angle gastrique, sur la partie adjacente des piliers ou sur la petite courbure en amont de l'angle que siègeront les ulcères.

Sur les faces de l'estomac s'enlèvent des plis longitudinaux, surtout marqués sur la paroi postérieure où, rapprochés et sinueux, ils prennent un aspect rappelant celui des circonvolutions cérébrales (Moutier). Entre les plis, dans les sillons qu'ils délimitent, peuvent se cacher certains petits ulcères.

La petite courbure de l'estomac distendu par l'air est assez large (1 à 2 cm.), lisse, formant la voie gastrique de Waldeyer ; c'est là le siège de prédilection des ulcus. Sur le malade en décubitus latéral gauche, la grande courbure forme à sa partie moyenne le point déclive de l'estomac, où se rassemble la minime quantité de liquide,

1. On rencontre cette disposition d'une manière permanente dans certains estomacs atones.

suc gastrique, salive, mucus, qui existe dans tout estomac normal à jeun, et qui forme le lac muqueux.

Nous pensons que ces quelques lignes comparées aux schémas et aux clichés ci-joints, suffiront à la compréhension des observations que nous utiliserons ultérieurement.

---

### III. — STATISTIQUE GÉNÉRALE. PLAN D'ÉTUDE

Notre matériel d'étude est formé par 100 cas d'ulcères de l'estomac tous vérifiés gastroscopiquement ou opératoirement. Dans ce relevé, il n'a été tenu compte ni des ulcères post-opératoires, ulcus dits peptiques, ni des cicatrices d'ulcère notées au cours de certains examens gastroscopiques. Pour fixer les idées et préciser notre plan d'exposition, nous allons rapidement donner quelques chiffres sur la fréquence des ulcères qui se montrèrent atypiques par leur aspect clinique ou radiologique.

*L'histoire clinique* était franche et nettement ulcéreuse dans 63 cas (63 %). Dans 5 observations le tableau clinique était peu typique, mais faisait néanmoins nettement songer à l'ulcère : évolution des douleurs par périodes mais sans horaire post-prandial précis, ou inversement horaire tardif bien caractérisé mais sans périodes nettes ou avec périodes très irrégulières par leur durée ou leur espacement. Enfin, 32 ulcéreux avaient une symptomatologie atypique non ulcéreuse (32 %). Sur ces 32 malades 16 (16 %) présentaient un syndrome dyspeptique plus ou moins accusé rappelant la gastrite; 11 cas simulaient un cancer gastrique; dans trois observations le signe dominant avait été une ou plusieurs hématomèses sans douleurs de type ulcéreux; dans un cas, le diagnostic clinique fut celui de crise gastrique du tabes; chez un malade enfin, les douleurs étaient continues, sans périodes d'accalmie.

En somme on peut considérer que l'interrogatoire des malades n'a mis sur la voie du diagnostic de l'ulcère que dans un peu plus de deux cas sur trois.

Sur nos 100 ulcéreux, 94 furent examinés *aux rayons X* et au gastroscopie. Dans la plupart des cas quand il y avait discordance entre les deux ordres d'examens, le malade fut revu radiologiquement ou endoscopiquement. L'étude comparée de ces 94 malades permet de les répartir de la manière suivante :

— dans 56 cas il y eut concordance entre les deux méthodes d'exploration, l'une et l'autre concluant à l'ulcère.

— dans 2 cas (ulcère sur tumeur inflammatoire et ulcère sténosant par œdème antral) le diagnostic ne fut fait qu'au cours de l'intervention chirurgicale, l'ulcus ayant échappé à tous les modes d'exploration.

— dans 36 observations il y eut discordance entre radiologie et gastroscopie. Chez 2 ulcéreux la dissociation fut en faveur de l'examen radiologique, celui-ci découvrant un ulcère invisible ou non affirmé par l'exploration endogastrique. Dans 32 cas par contre la gastroscopie objectiva un ulcus indécélable à l'écran et sur les clichés ou ayant donné seulement des signes suspects sans image diverticulaire.

Il convient de souligner le fait que parmi nos ulcéreux, 4 furent méconnus ou ne purent être affirmés formellement par l'examen endoscopique. Sur ces 4 cas, deux fois le diagnostic pût être rectifié par l'examen radiologique, deux fois l'ulcère ne fut reconnu que sur la pièce de gastrectomie. Il est donc certain et nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet, qu'un certain nombre d'ulcères échappent à l'endoscopie plus ou moins complètement.

Il nous faut encore insister sur le point suivant : La statistique que nous venons de donner est *une statistique d'endoscopiste*. Elle ne reflète probablement pas

toute la vérité. Ainsi un certain nombre d'ulcères typiques cliniquement et radiologiquement n'ont vraisemblablement pas été adressés au spécialiste parce qu'on pensait qu'une gastroscopie était inutile. Mais un nombre certainement plus considérable encore de cas d'ulcères frustes à symptomatologie minime digestive ou même extradigestive, voire quasi nulle, n'ont pas été jugés dignes d'être endoscopés. Le chiffre des formes atypiques de la maladie de Cruveilhier représente donc, nous semble-t-il, plutôt un minimum et les formes frustes ou camouflées de la maladie ulcéreuse, sont sans doute plus fréquentes encore que ce que nous le pensons.

\* \* \*

Le plan que nous suivrons sera le suivant. Nous décrivons d'abord les formes symptomatiques essentielles (dyspeptique simple ou pseudo-gastritique; pseudo cancéreuse; à évolution continue; ulcère à évolution rapide; dissociations radio-gastrosopiques, ce qui nous amènera à discuter l'évolution anatomique de l'ulcère dans l'intervalle des poussées et certaines formes muettes).

Nous étudierons ensuite les formes anormales par leur siège (cardia, faces, grande courbure) ou leur aspect (ulcère nain ou géant, ulcère plat).

Puis nous envisagerons certains aspects particuliers de l'ulcère sur lesquels l'endoscopie n'a fourni que des renseignements de valeur secondaire.

Nous dirons quelques mots des formes achlorhydriques de l'ulcère gastrique et des cas où sont associés ulcus et gastrite.

Enfin, avant de rapporter brièvement nos observations nous ferons la critique de la gastroscopie surtout et des autres méthodes accessoirement — leurs faiblesses et leur valeur — dans le domaine des formes atypiques de l'ulcère de l'estomac.

## CHAPITRE II

### FORMES SYMPTOMATIQUES ATYPIQUES

---

Nous envisagerons successivement les formes suivantes :

- I. — Forme pseudo-gastritique.
  - II. — Forme pseudo-cancéreuse et ulcéro-cancer.
  - III. — Ulcère à évolution rapide.
  - IV. — Forme à évolution continue.
  - V. — Dissociations radiogastrosopiques.
  - VI. — L'ulcère dans l'intervalle des poussées — ulcère dormant et formes muettes.
-

## I. — FORME PSEUDO-GASTRITIQUE

(Observations n<sup>os</sup> 1, 2, 11, 12, 13, 17, 21, 26, 28,  
29, 39, 40, 43, 46, 55, 63.)

La forme la plus fréquente de l'ulcère de l'estomac est celle qui se manifeste par un *syndrome dyspeptique banal qui rappelle la gastrite*, mais n'évoque nullement l'ulcère. Le tableau en est bien connu.

Les malades se plaignent de *troubles vagues*, malaises plus que douleurs vraies qui consistent en ballonnement, pesanteurs, brûlures, aigreurs, exceptionnellement crampes. Ces sensations pénibles prédominent au creux épigastrique ou à la région périombilicale, mais n'ont pas de siège très précis. Elles irradient peu ou pas. Elles surviennent le plus souvent après les repas, tendant à prendre parfois un horaire tardif, mais ailleurs elles peuvent être très précoces, naissant au cours ou immédiatement après les prises d'aliments. Parfois même, elles apparaissent à n'importe quel moment de la journée sans qu'il soit possible de leur découvrir un horaire précis. Elles durent un temps variable : quelques minutes, quelques heures, voire plusieurs jours sans arrêt.

Quand, aux douleurs précoces, s'associent les éructations, les bouffées vaso-motrices, la somnolence, la fatigue, la céphalée, comme cela arrive assez souvent, on

a les éléments du *syndrome sensitivo-moteur* de Mathieu.

Parfois enfin aux troubles digestifs se surajoutent des modifications de l'état général : les malades maigrissent ; ils sont anorexiques, sans forces, déprimés, volontiers gémissants.

Ces troubles dyspeptiques *évoluent* d'une manière très irrégulière ; quelquefois ils sont subcontinus ; plus souvent ils présentent des phases d'accalmie, complètes ou non, mais il est impossible de retrouver par l'interrogatoire une périodicité quelconque. Ni les phases douloureuses, ni celles de rémission, s'il en existe, n'ont de durée fixe.

Enfin, les malaises durent souvent depuis très longtemps : 2 ans, 3 ans, 10 ans, parfois davantage : 30 ans comme dans notre observation n° 11, 50 ans même (observation 46). Ces troubles ont parfois été insuffisants pour amener le malade à consulter ; plus souvent encore, il a été traité pour aérophagie, ptose gastrique, gastrite, dyspepsie réflexe d'origine intestinale ou vésiculaire ; quelquefois, il a subi une appendicectomie sans résultat ; souvent encore il a été considéré avant tout comme un névropathe.

Avant l'ère gastrosopique, ces formes dissimulées (Loeper), camouflées (Harvier) étaient classiques et bien connues. Loeper en avait décrit plusieurs types. Les preuves de leur existence étaient faciles à fournir ; tels les cas de dyspepsie en apparence banale où un examen radiologique révélait une image ulcéreuse typique ; telles les formes qui, aboutissant un jour à une perforation, étaient reconnues au cours de l'intervention, et dans lesquelles on retrouvait par l'interrogatoire une phase de dyspepsie vague précédant la perfora-

tion de quelques semaines, quelques mois, voire des années.

L'intérêt de la gastroscopie a été de montrer la *fréquence* de tels aspects. Encore est-il probable qu'un certain nombre de ces cas ont échappé aux statistiques, la banalité et le peu d'intensité des troubles que présentaient les malades ayant paru insuffisants pour justifier une gastroscopie. Ces formes représentent 16 % de nos ulcéreux et la moitié (16 sur 32) des formes cliniquement atypiques de l'ulcère que nous avons retenues. Cette fréquence doit être présente à l'esprit et devant un syndrome gastritique dont la cause n'apparaît pas nettement, surtout si les douleurs tendent à prendre un horaire tardif et l'évolution une allure ondulante, on doit penser à l'ulcus gastrique, même si l'examen radiologique est négatif, et faire pratiquer si cela est possible une endoscopie. Celle-ci aura d'ailleurs le mérite, même en cas de gastrite de donner des renseignements essentiels.

Il ne faut pas trop compter, dans ces formes pseudogastritiques, sur *l'examen aux rayons X* pour découvrir l'ulcère. Chez 4 de nos malades seulement sur 16, une niche fut trouvée d'emblée. Dans un cinquième cas, c'est seulement après un premier examen négatif et après que l'exploration endoscopique eut permis le repérage de l'ulcère qu'une nouvelle étude radiologique centrée sur la région malade montra une image diverticulaire (observation 39). Dans les autres cas, l'étude radiologique fut parfaitement muette. Dans 5 cas, l'estomac était d'aspect normal; chez deux malades on nota de l'hyperkinésie; chez trois autres furent relevés respectivement atonie, ptose, aérophagie. Ce pourcentage d'examens radiologiques négatifs est considérable (2/3 d'examens radiologiques négatifs dans

ces formes pseudo-gastriques au lieu de 1/3 seulement dans la statistique globale).

A quoi tient cette carence fréquente de l'examen à l'écran ? Sur ce nombre d'observations restreint, il est difficile de porter des conclusions fermes. Toutefois, plusieurs raisons nous semblent jouer, tenant au siège, aux dimensions et à la profondeur de la lésion.

Il s'agit presque toujours d'*ulcères petits* ; aucun de nos ulcères ne dépassait 1 cm. La plupart étaient compris entre 5 mm. et 10 mm. Ces faibles dimensions sont peu favorables à l'examen radiologique.

Le *siège* de l'ulcère joue également un rôle ; sur ces 16 cas, nous avons eu 3 ulcères juxta-cardiaques, 4 de la face postérieure ; 9 de la petite courbure dans sa partie moyenne, mais parmi ces derniers 4 seulement étaient franchement marginaux ; les 5 autres étaient situés à la jonction de la petite courbure et des faces antérieure ou postérieure. Beaucoup étaient ainsi dans des mauvaises conditions d'examen radiologique. Difficiles à dépister sont en effet les ulcères juxta-cardiaques et faciaux ; délicats à voir sont les ulcères gastriques qui ne sont pas franchement marginaux.

Enfin une dernière cause importante intervient qui contribue à l'invisibilité radiologique de ces ulcères pseudo-gastriques. Nombre d'entre eux sont en effet *plats* ou *fissuraux* (7 sur 16) et la perte de substance qu'ils déterminent est insuffisante pour altérer les contours de l'ombre gastrique. Même quand l'ulcère est creusant, sa profondeur n'est pas considérable, ce fait tenant à la discrétion de l'œdème péri-ulcéreux qui habituellement, en exhaussant les bords de la perte de substance, contribue à la formation de la cavité ulcéreuse. Dans 11 cas sur 16 cet œdème manquait presque totalement.

Cet ensemble clinique et radiologique peu chargé, explique que ce soit dans ces formes dyspeptiques que se recrutent un certain nombre d'ulcères dormants.

Quelle est l'évolution de ces formes pseudo-gastriques ? Peut-être peuvent-ils se compliquer comme tout autre ulcère d'hémorragie, de perforation s'ils deviennent un jour creusants. Peut-être évoluent-ils, un jour vers un syndrome ulcéreux net. Plus souvent nous semble-t-il, au moins sous l'influence du traitement, c'est vers la cicatrisation que s'achemine la lésion. C'est ainsi que sur 5 malades de cette catégorie qui purent être gastroscopés à nouveau ultérieurement, on observa chaque fois, la guérison anatomique de l'ulcus, et cela au bout de 2, 3, 4, 5 et 7 mois.

L'observation n° 43 résume les caractères dominants de ces formes pseudo-gastriques : longue histoire de douleurs post-prandiales, sans horaire précis, sans évolution par poussées ; l'examen radiologique fait à deux reprises avant et après gastroscopie, est absolument négatif ; à l'endoscope, on découvre très facilement un petit ulcère plat de l'angle gastrique à la limite de la petite courbure et de la face antérieure ; deux mois après, les signes cliniques ont disparu et à l'examen endogastrique l'ulcère est complètement cicatrisé ; il est évidemment impossible de dire s'il s'agit là d'une guérison définitive, le recul n'étant pas suffisant.

Avant de clore ce chapitre, il convient de se poser la question suivante : depuis quand existe l'ulcère dans ces formes pseudo-gastriques ? Autrement dit, l'ulcère est-il à l'origine de tous les troubles accusés par le malade ou bien vient-il seulement se greffer sur une gastrite antérieure, plus ou moins ancienne, laquelle joue-

rait le rôle essentiel et serait responsable de beaucoup des symptômes ? Ainsi posée, la question ne peut être actuellement tranchée avec certitude. Elle soulève le problème si débattu des rapports de la gastrite et de l'ulcère, problème sur lequel nous reviendrons plus loin. On peut néanmoins faire les remarques suivantes :

1. — Dans ces formes pseudo-gastritiques, le *type* clinique des douleurs *ne se modifie pas* notablement au cours de l'évolution ; dans certaines observations, les malades sont formels : ils ont toujours souffert de la même manière vague depuis 2-3 ans, parfois davantage. On ne retrouve pas dans leur histoire une modification de l'horaire ou de l'évolution des douleurs, qui pourrait faire soupçonner une modification dans la nature des lésions.

2. — La gastrite, visible *endoscopiquement*<sup>1</sup> n'est pas très fréquente, pas plus fréquente en tout cas que dans les autres formes d'ulcères.

3. — Enfin dans certaines observations où l'exploration gastrosopique fut pratiquée assez tôt après le début des troubles (observation n° 39, trois mois) on a pu trouver un ulcère parfaitement net.

Ces arguments — évolution clinique sans modification appréciable des signes, lésions de gastrite non particulièrement marquées, enfin dans certains cas, constatation endoscopique d'un ulcère peu de temps après le début clinique — nous incitent à penser que ces ulcères existent probablement depuis assez longtemps, peut-être même depuis le début des troubles dyspeptiques. Il est probable d'ailleurs que, comme pour beaucoup d'autres ulcus, l'existence de la lésion est discontinue, et que l'ulcère passe par des phases de cicatrisation

1. Il ne s'agit là évidemment que d'aspects de gastrite macroscopique, aspect relativement tardif.

ou au moins de mise en sommeil et de réveil ou de reviviscence.

\* \* \*

De ces formes pseudo-gastritiques, il convient donc de retenir les notions suivantes. Fréquentes, les plus communes des formes atypiques de l'ulcère gastrique, les formes dyspeptiques simples ou pseudo-gastritiques traduisent surtout, sans qu'il y ait là cependant, quelque chose de constant, des ulcères petits ou plats avec peu de réaction péri-ulcéreuse. Ces faits rendent compte de la négativité fréquente de l'examen radiologique et expliquent la tendance naturelle, sinon à la guérison de la diathèse ulcéreuse, du moins à la cicatrisation de la perte de substance. De diagnostic difficile à affirmer en général au moyen des méthodes habituelles, ces formes peuvent être reconnues plus facilement par l'endoscopie gastrique. C'est à la gastroscopie que revient le mérite d'avoir montré leur assez grande fréquence.

---

## II. — FORMES PSEUDO-CANCÉREUSES. ULCÉRO-CANCER

(Observations n<sup>os</sup> 5, 15, 16, 24, 27, 45, 22, 31, 36.)

Les formes pseudo-cancéreuses constituent une des variétés les plus importantes et les plus difficiles à reconnaître de la maladie de Cruveilhier. Elles méritent d'être étudiées avec soin car l'erreur de diagnostic peut être lourde de conséquences, la menace de cancer assombrissant singulièrement le pronostic et orientant d'emblée le traitement vers la gastrectomie large, seule intervention logique en cas de cancer, mais parfois inutile en cas d'ulcère.

Avant de passer à l'étude de ces formes pseudo-cancéreuses, nous envisagerons très brièvement le problème de l'*ulcéro-cancer*.

Sa fréquence est certainement beaucoup moins grande qu'on ne le croyait jadis. Dans les statistiques récentes de Hartmann, le pourcentage d'ulcéro-cancer, de cancer ulcérisé, comme l'appelle Gutmann, est de moins de 4 %. C'est là à peu près le chiffre indiqué par beaucoup d'autres auteurs modernes. Braumberger, Gutmann, par exemple, donnent le chiffre de 2 à 4 %. Et ce pourcentage est lui-même certainement très supérieur à la vérité, car un grand nombre d'ulcères sont méconnus ou inconnus et n'entrent pas dans les statistiques.

Il n'est pas dans notre but de décrire les caractères cliniques classiques de l'ulcéro-cancer. Demandons-nous simplement si la *gastroscopie* peut fournir des arguments

pour ou contre le diagnostic de dégénérescence. Il serait bien aventuré de l'affirmer. Quand on voit que, même pièces en main, l'anatomo-pathologiste hésite sur la nature exacte de la lésion, on ne peut manquer de penser que endoscopiquement il ne peut, à plus forte raison, en être autrement (Schindler, Rachet, Moutier). Notons seulement que l'examen endo-gastrique est capable d'apporter des arguments de plus en faveur de la dégénérescence mais sans prétendre pouvoir donner la certitude. Le meilleur signe serait sans doute l'extension de la lésion à plusieurs examens endoscopiques successifs, mais la constatation d'un tel symptôme fait perdre du temps, retarde l'intervention et diminue les chances de survie du malade. C'est donc un signe à ne pas rechercher. Par contre seront à retenir en faveur de la malignité les arguments suivants :

1<sup>o</sup> Apparition d'irrégularités en un point du pourtour de la lésion, faisant parfois une sorte de coulée, de bavure, sur un ulcère typique partout ailleurs. Au contraire, dans l'ulcère, non dégénéré, les parois sont parfois à pic mais restent régulières, et le processus garde une « uniformité circulaire » (Moutier).

2<sup>o</sup> Absence ou discrétion de l'œdème alors qu'il est habituel dans les poussées évolutives de l'ulcère gastrique.

3<sup>o</sup> Existence d'un fond bosselé, sphacélé, polymorphe, alors que dans l'ulcère il est seulement pseudo-membraneux ou détritique.

4<sup>o</sup> L'apparition de mucus concrété, si rare dans l'ulcère et si fréquent dans le cancer, pourra aussi être notée.

Cet ensemble de faits joints à des signes cliniques et radiologiques « inquiétants » (Gutmann) doit faire craindre la cancérisation secondaire et conduire rapidement à la gastrectomie. Mais en fait, la gastroscopie ne donne que des arguments d'appoint ; elle est incapable à elle seule d'affirmer le diagnostic.

Parmi les formes pseudo-cancéreuses proprement dites de la maladie de Cruveilhier nous laisserons de côté les cas où chez un *ulcéreux reconnu depuis longtemps*, apparaissent des phénomènes analogues à ceux qu'entraînent les tumeurs malignes. Cette phase ultime, cachectique, de l'évolution des ulcères, dans laquelle, interviennent plus ou moins intriqués les phénomènes inflammatoires gastriques et périgastriques, les adhérences, les sténoses, les troubles névritiques et les douleurs, est certes classique, mais elle s'observe de moins en moins de nos jours, les malades étant opérés avant d'arriver à ce stade.

Plus intéressants sont les cas qui simulent le cancer *d'emblée*, dès les premières manifestations cliniques de la maladie. Dans ces formes de diagnostic épineux, la gastroscopie peut être d'un secours précieux. On peut en distinguer plusieurs types :

- ulcère géant ;
- ulcère précocement cachectisant ;
- ulcère sur tumeur inflammatoire ;
- ulcère sténosant par œdème antral.

Les ulcères géants seront décrits ailleurs( page 112). Nous envisagerons successivement les autres formes.

#### A. — ULCÈRE PRÉCOCEMENT CACHECTISANT

(Obs. 5, 15, 16, 24, 27, 45).

Cet ulcère a une *fréquence* non négligeable puisque sur 100 cas nous l'avons noté 6 fois.

Les *caractères cliniques* sont toujours à peu près les mêmes.

Un malade aux environs de la cinquantaine (nos 6 patients avaient entre 40 et 60 ans), habituellement sans antécédents dyspeptiques antérieurs, se plaint de

deux ordres de troubles, les uns d'*ordre général*, les autres *digestifs*. Les premiers sont souvent les signes dominants : ils comprennent l'asthénie parfois très marquée, l'anorexie complète ou élective (fréquemment est notée la perte du goût de fumer), et surtout l'*amaigrissement* qui atteint plusieurs kilogrammes en quelques semaines : 5, 10 (observation 45) et même 20 kilos (observation 27). Les *troubles gastriques* consistent en pesanteurs, malaises vagues, sans véritables douleurs ; ils sont nettement post-prandiaux. Parfois, les douleurs sont vives, mais précoces, apparaissent dès la sortie de table ou même au cours du repas. Il n'y a aucune périodicité, aucune évolution par poussées. Dans quelques observations on note des vomissements pituiteux ou des régurgitations. Tous ces troubles généraux et digestifs sont de date récente, quelques mois en moyenne, un à deux mois seulement parfois. Le régime suivi par le malade n'a habituellement amené aucune amélioration.

Devant un tel ensemble, quel autre diagnostic porter cliniquement que celui de cancer gastrique extra-orificiel ? Tous les signes classiques y sont : l'âge, la date récente des accidents, le caractère souvent assez vague des troubles fonctionnels, leur allure persistante, enfin et surtout le retentissement rapide sur l'état général, qui nous semble être la dominante clinique de ces formes.

Assez souvent l'*examen radiologique* est positif. Quatre fois dans nos 6 cas, existait une niche typique avec rigidité et rectitude segmentaire juxta-ulcéreuse<sup>1</sup>.

Mais dans d'autres cas, l'examen radiologique est

1. La rigidité et la rectitude segmentaire juxta-ulcéreuse, signes sur lesquels ont insisté P. Duval et H. Béchère, correspondent en général à un œdème localisé juxta-ulcéreux, comme l'a montré Moutier par l'étude endoscopique.

douteux ou même oriente vers une néoplasie gastrique, comme dans l'observation n° 15 où on avait pensé à une néoformation antrale, ce qui fut controuvé ultérieurement. Parfois enfin (obs. 5) il est totalement négatif et ces cas ne sont pas les moins difficiles, car le médecin est hanté par la crainte de laisser échapper un cancer de l'estomac, trop peu développé encore pour être découvert aux rayons.

Dans tous ces cas, l'examen au gastroscopie a un intérêt évident. En révélant un ulcère typique, il rectifie le diagnostic qui s'égareait vers l'idée du cancer, il modifie le pronostic et permet de mieux adapter la thérapeutique.

Dans les 6 cas que nous avons pu étudier, les *constatations gastroscopiques* furent les suivantes.

L'ulcère siégeait sur la petite courbure cinq fois et une fois sur la face postérieure. Dans tous les cas, il s'agissait d'ulcère cavitaire, la cavité étant formée non seulement par la perte de substance, mais aussi par les réactions péri-ulcéreuses. L'œdème local fut toujours très notable, et même dans l'observation 27, l'ulcère siégeait au milieu d'une véritable tumeur œdémateuse. Chez un malade que nous avait confié notre maître le Dr May (obs. 45), l'œdème se prolongeait sur une bonne partie de la petite courbure sus-jacente à l'ulcère ; la traduction radiologique de ce fait était une rigidité et une rectitude segmentaire des plus nettes.

Tout comme les autres, ces ulcères sont capables d'amélioration et de cicatrisation. Sous l'influence, semble-t-il, du repos, du régime et du traitement médicamenteux les signes cliniques et radiologiques s'effacent, la niche disparaît (en trois mois dans les observations 24 et 27), mais cela ne suffit pas, comme nous le verrons, pour affirmer que l'ulcère n'existe plus. En fait la cica-

trisation ne peut être affirmée que par les constatations de l'endoscopie. Ainsi dans l'observation n° 5, on put noter au gastroscope au bout de quatre mois la disparition de l'ulcus ; il persistait seulement à sa place une cicatrice nacrée.

Retenons donc de ces ulcères précocement cachectisants, leur relative fréquence (6 % des cas environ), leur survenue habituelle chez des adultes âgés, leur tableau clinique qui se calque, signe pour signe, sur celui du cancer gastrique, l'intérêt des examens radiologiques et endoscopiques pour les reconnaître, la possibilité enfin de cicatrisation par le simple traitement médical.

#### B. — ULCÈRE SUR TUMEUR INFLAMMATOIRE

(Obs. 22 et 31. Pl. III, fig. 5).

L'ulcère sur tumeur inflammatoire ou *ulcère tumoral* représente un type assez rare de forme pseudo-cancéreuse. Nous n'en avons observé que deux cas. Les problèmes cliniques, radiologiques, endoscopiques et opératoires qu'il pose, méritent cependant qu'on y insiste.

*Anatomiquement* — et les constatations opératoires faites dans l'observation n° 22, sont particulièrement éloquentes — ce qui caractérise essentiellement cette forme c'est l'énorme œdème inflammatoire qui envahit toutes les parois gastriques de la muqueuse à la séreuse. Toute la région de l'ulcère est transformée en un bloc dur, d'aspect tumoral, occupant une large étendue et faisant saillie aussi bien dans la cavité gastrique que du côté péritonéal. De nombreux ganglions enflammés plus ou moins durs, occupent les territoires lymphatiques correspondants, mais il est difficile de dire macroscopi-

quement si ce sont des adénopathies cancéreuses ou inflammatoires. L'ulcère lui-même plus ou moins enfoui sous la tuméfaction œdémateuse péri-ulcéreuse est invisible. Il ne communique avec la grande cavité gastrique que par un étroit pertuis, invisible ou peu visible au milieu des replis œdémateux. Il n'est découvert parfois qu'à la coupe de la pièce. L'œdème inflammatoire péri-ulcéreux, réaction seconde, prend ici le pas sur la perte de substance, lésion primitive, et masque l'ulcus plus ou moins complètement. Ces caractères vont nous expliquer les particularités radiologiques et endoscopiques de ces formes.

*L'histoire clinique* — au moins dans les deux seuls cas que nous ayons pu observer — rappelle celle du cancer gastrique et c'est vers ce diagnostic que l'on s'était orienté dans nos deux observations. Bien que nous ne l'ayons pas noté, l'existence d'une tumeur épigastrique est certainement possible et ce fait orienterait encore vers l'idée de tumeur maligne.

*L'examen radiologique* ne peut en général conduire au diagnostic. La raison en est simple. La substance opaque ne peut remplir la cavité ulcéreuse dont l'orifice est oblitéré par l'œdème marginal ; le signe majeur, la niche, manquera donc presque toujours. Il en fut ainsi dans nos deux cas ; dans l'un (obs. 22), l'exploration radiologique fit porter le diagnostic de biloculation gastrique, probablement organique, mais sans qu'il ait été possible d'en déterminer la cause, dans l'autre, l'aspect marécageux de la petite courbure sous-cardiaque avait fait soupçonner une néoplasie de cette région. Ce fait s'explique facilement. L'on comprend sans peine en effet que l'infiltration péri-ulcéreuse des parois gastriques détermine sur le film un aspect déchiqueté ou une véritable image

lacunaire, identique à celle observée dans les cancers ; seule diffère la nature de l'infiltration, œdème dans un cas, néoplasie dans l'autre. P. Duval. J.-Ch. Roux et H. Bécélère, Gutmann ont rapporté des exemples de ces ulcères tumoraux.

*La gastroscopie* n'est d'ailleurs pour le diagnostic guère plus favorisée que la radiologie. Et d'abord l'examen est parfois rendu difficile par l'intolérance à l'air de l'estomac, par une vive sensibilité à la progression du tube. Surtout, la preuve diagnostique formelle, la constatation directe à l'oculaire du gastroscope de la perte de substance, peut faire défaut. On voit seulement un large plateau mamelonné saignant parfois par places, ou une masse rose plus ou moins étendue, dont le siège habituel est la petite courbure, lieu d'élection des ulcères. Ses limites sont nettes quand l'infiltration se termine sur un pli épaissi, insensibles quand elle se continue avec une surface lisse. Le pertuis qui conduit à la cavité ulcéreuse, perdu entre les bourrelets d'œdème, peut être invisible. Parfois cependant, comme dans notre observation 31, en inclinant le malade dans un sens ou dans l'autre, en enfonçant plus ou moins le tube, en insufflant l'air progressivement et sans brusquerie, parfois en faisant faire au malade de grands mouvements respiratoires, on peut arriver à voir l'ulcère lui-même, petit, très profond, enfoui au milieu de la tumeur inflammatoire. Le diagnostic est alors fait. Nous en verrons plus loin toute l'importance pratique.

Mais quand l'ulcère est invisible, rien n'est plus difficile que de différencier cette tumeur inflammatoire du cancer, surtout du cancer infiltrant dont la fréquence est grande dans l'estomac. Les arguments sur lesquels on peut se baser gastroscopiquement pour soupçonner plutôt un ulcère qu'un cancer sont assez ténus ; on

tiendra compte en faveur de l'ulcus du siège de la lésion : petite courbure plutôt que face ; de l'absence de toute ulcération ou végétation ; de la couleur sensiblement normale, ni ecchymotique, ni anémique ; de l'état des bords : l'existence de limites insensibles et uniformes sur tout le pourtour est en faveur de l'œdème qui infiltre de proche en proche, l'arrêt franc par un bord à pic ou même ourlé milite par contre pour l'infiltration cancéreuse.

On retiendra aussi contre le cancer l'existence après repas d'épreuve d'hyperchlorhydrie, et, à l'examen microscopique du liquide gastrique retiré à jeun, des signes d'inflammation (présence de polynucléaires, de fibrine, voire de germes microbiens).

C'est sur ces arguments, fragiles, nous le reconnaissons, que l'on pourra se baser pour suspecter l'ulcère.

Mais l'ensemble du tableau clinique, les données radiologiques, la non-constatation de l'ulcère au gastroscopie, conduisent, par crainte du cancer, et même s'il y a doute sur l'origine de cette tumeur, à la *laparotomie* exploratrice. Celle-ci ne donne pas toujours d'ailleurs la solution du problème. Cette volumineuse tumeur assez dure, mal limitée, étendue en largeur et accompagnée d'adénopathies épiploïques fait parfois porter le diagnostic de cancer et de cancer inopérable. Si l'on fait une résection, le diagnostic est rectifié par l'examen de la pièce, mais si l'on se contente, en raison de l'étendue de l'infiltration et de l'extension des adénopathies, de pratiquer une dérivation, la nature non cancéreuse ne sera établie que par la survie prolongée du malade. Récemment Jeanneney a de nouveau insisté sur ces faux cancers de l'estomac d'origine inflammatoire, dus à des lésions syphilitiques, à des gastrites phlegmoneuses à leur étape régressive, ou à des ulcères. Peut-être est-ce là l'expli-

cation de certaines survies paradoxalement prolongées de prétendus cancéreux gastriques après simple gastro-entérostomie.

C. — *ULCÈRE STÉNOSANT PAR ŒDÈME ANTRAL*

Cet œdème inflammatoire peut par sa localisation entraîner des troubles un peu particuliers.

S'il se forme dans la *région médio-gastrique*, il peut être à l'origine d'une biloculation, ne cédant pas aux antispasmodiques mais disparaissant avec la poussée infectieuse. Il ne nous a pas été donné d'observer des cas certains de cette nature ; il nous est simplement permis de penser qu'il peut en être ainsi.

Au contraire, nous avons pu voir se former un œdème de la *région antrale* d'origine ulcéreuse, cause de sténose organique qui avait fait penser cliniquement à un cancer de l'antré.

Il s'agissait d'un homme de 45 ans (observ. 36), qui présentait depuis quelques mois un syndrome de sténose pylorique des plus nets. A l'exploration radiologique, l'antré avait une forme en pipe et était immobile ; jamais il n'était complètement dessiné. La gastroscopie montra une atrésie marquée de l'antré qui était tout à fait lisse, un peu pâle et sans aucun pli (Pl. III, fig. 6). Ces divers signes avaient conduit au diagnostic de sténose pylorique par cancer antral. Le malade fut opéré et on découvrit alors un ulcère juxta-pylorique volumineux. Les déformations radiologiques et gastroscopiques étaient dues à un œdème considérable de l'antré d'aspect presque phlegmoneux. Il nous fut d'ailleurs impossible de savoir si l'ulcère responsable était creusé sur le versant gastrique ou duodénal du pylore.

Un cas tout à fait analogue a été récemment publié par R. Chevallier<sup>1</sup>, mais ici, fait intéressant l'ulcère responsable siégeait à la limite supérieure des lésions d'œdème et était visible à la gastroscopie. Voici cette observation résumée.

Chez un homme de 64 ans, sans antécédents digestifs, apparaît un syndrome de sténose pylorique complète et un amaigrissement massif. A l'exploration radiologique il existe une amputation antro-pylorique que confirme le diagnostic de cancer. La gastroscopie ne montre aucune formation cancéreuse mais un état inflammatoire plus ou moins œdémateux de la région antro-pylorique à caractère sténosant, et enfin sur la petite courbure, un ulcère en voie de cicatrisation. L'intervention confirme les résultats de l'endoscopie et montre l'absence de toute tumeur maligne.

Cette forme d'ulcère sténosant par œdème antral qui oriente presque automatiquement, en raison des images lacunaires et du syndrome pylorique qu'il détermine, vers une tumeur maligne de l'antré, n'a sans doute pas toujours cette forme maxima. Les formes dégradées doivent être fréquentes. C'est ainsi que chez l'un de nos malades (obs. 48) porteur d'un ulcère en selle de la petite courbure et qui n'avait pas de syndrome de sténose pylorique, nous pûmes constater par la gastroscopie que l'œdème important qui cernait l'ulcère, avait entraîné une déformation manifeste de l'antré dont la cavité aurait pris sur une coupe sagittale un aspect en croissant, la concavité du croissant correspondant à l'œdème péri-ulcéreux.

D'autre part ces constatations permettent de se deman-

1. R. Chevallier. Société Nationale de médecine et de Sciences de Lyon, 17 décembre 1935.

der si certaines *sténoses transitoires* qui surviennent au cours des ulcères juxta-pyloriques, et probablement aussi bien ulcères bulbaires que ulcères du versant gastrique, sténoses classiquement attribuées à des rétractions cicatricielles ou à des spasmes, ne sont pas dues en fait à l'œdème péri-ulcéreux qui est si fréquent au cours des poussées évolutives de la maladie et qui obstruerait mécaniquement le pylore. Du point de vue radiologique, cette hypothèse a déjà été soulevée par Gutmann qui pense que certaines images de sténose pylorique d'origine ulcéreuse sont dues en fait à l'œdème péri-lésionnel ; il y aurait là quelque chose de tout à fait analogue à ce que le même auteur a bien montré pour les ulcus du bulbe duodénal.

\* \* \*

Les trois formes d'ulcères gastriques que nous venons de décrire ont toutes des caractères communs sur lesquels il convient d'insister.

Leur caractère *clinique* dominant est de simuler le cancer par leur survenue chez des adultes âgés, le peu de franchise de leurs troubles digestifs, l'importance de l'amaigrissement, l'évolution rapide.

Leur caractère *anatomique* essentiel est l'importance des *réactions œdémateuses* qui cernent la perte de substance. Par son étendue et son siège, cet œdème peut masquer l'ulcération aux rayons X et à l'exploration gastroscopique. Peu marqué, il laisse subsister la niche et voir l'ulcère. Très accentué, il enfouit, « embouteille » l'ulcère et rend sa cavité invisible à l'écran et à l'examen endogastrique. Qui plus est, par l'infiltration des parois qu'il détermine, il peut donner des images pseudo-cancéreuses tant à l'exploration radiologique qu'à la gastroscopie.

La difficulté du diagnostic de ces formes est parfois considérable même au cours de l'intervention.

Il serait pourtant d'une grande importance *pratique* de les reconnaître et cela pour deux raisons essentielles : tout d'abord les lésions d'œdème réagissent souvent fort bien au traitement médical et l'ulcère lui-même peut se cicatriser parfaitement. L'intervention chirurgicale n'est donc pas toujours nécessaire. Or le soupçon de cancer gastrique conduit à la laparotomie. — La deuxième raison est que, si l'on intervient, l'opération est faite à un moment peu favorable. Le chirurgien tombe en effet sur des lésions qui sont en pleine poussée inflammatoire. L'infection joue là en effet un rôle essentiel. Si son action dans la genèse de l'ulcère, comme le voulait Cruveilhier jadis et comme le soutient Rosenow, est rien moins que certaine, son influence dans les poussées évolutives de la maladie et le développement d'un certain nombre de complications a été démontrée par F. Ramond <sup>1</sup> et surtout par P. Duval et ses élèves (J.-Ch. Roux, F. Moutier, Gatellier, A. Girault <sup>2</sup>). Or de tous les signes d'infection de l'ulcus, le meilleur est sans conteste cet œdème infectieux qui s'étend au large de la perte de substance pendant la poussée et régresse avec elle. Opérer dans de telles conditions, c'est intervenir sur de mauvais tissus ; c'est être contraint, si l'on fait une gastrectomie, de passer très au large des lésions, et de faire des résections plus étendues et plus difficiles ; c'est être davantage exposé aux complications post-opéra-

1. F. Ramond. Les ulcères gastriques infectés. *Le Progrès Médical*, 1<sup>er</sup> septembre 1923, p. 433 et 434.

2. P. Duval, J.-Ch. Roux, Fr. Moutier, Gatellier, A. Girault. *Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodénaux*. Archives des maladies de l'appareil digestif, t. XVI, n° 1, 1<sup>er</sup> janvier 1926.

toires locales et à des accidents broncho-pulmonaires parfois redoutables.

Il serait donc de la plus haute importance de ne pas être contraint d'intervenir rapidement sous la menace du cancer. Il serait préférable d'attendre l'effacement des phénomènes inflammatoires et d'opérer à froid au besoin après vaccinothérapie (J.-Ch. Roux). Si l'on a la main forcée par les phénomènes de sténose ou l'intensité des douleurs, on pourrait se contenter de faire une gastro-entérostomie si la résection s'avère trop difficile, quitte à réintervenir s'il le faut, dans un deuxième temps (P. Duval).

De ces réactions œdémateuses péri-ulcéreuses, nous aurons à reparler ultérieurement, quand nous envisagerons l'évolution anatomique de l'ulcère et l'explication des images radiologiques.

Voilà donc les principales formes pseudo-cancéreuses de l'ulcère de l'estomac. Si l'on ajoute à ces 9 observations 2 cas d'ulcère géant qui furent d'abord pris pour des néoplasmes gastriques, on voit que le pourcentage de ces formes atteint 11 p. 100. Moins fréquentes que les formes pseudo-gastriques, elles posent des problèmes plus difficiles et plus importants pratiquement. Plus encore que les autres variétés d'ulcère, elles nécessitent une étroite collaboration entre le clinicien, le radiologue et l'endoscopiste et la confrontation des résultats. La gastroscopie peut parfois à elle seule donner la clef du diagnostic ; parfois aussi elle s'avère impuissante et ne permet pas de reconnaître l'ulcère ; cependant, même dans ces cas, elle permet en général de serrer de plus près le problème diagnostique.

Avant de quitter ce chapitre, signalons que l'endoscopie par le caractère de certitude qu'elle apporte

souvent, peut aider à combattre la phobie de certains ulcéreux. Certains de ces malades, plus ou moins psychopathes, ont la crainte de la transformation maligne de l'ulcère, dont ils se savent porteurs. Cette *cancérophobie* entraîne, par un cercle vicieux fréquent en psychiatrie, l'anorexie et l'amaigrissement, lesquels renforcent naturellement la psychose. Il peut en résulter des troubles importants que ne guérit pas toujours l'assurance d'un examen radiologique non suspect de cancer. Moutier a pu guérir radicalement un de ces malades (obs. n° 6) très anxieux, porteur d'un petit ulcère en voie de cicatrisation en lui affirmant après gastroscopie, qu'il n'avait pas de cancer de l'estomac. Bien qu'assez spécial, ce cas méritait d'être signalé dans ce chapitre des ulcères pseudo-cancéreux et de leur contrôle endoscopique.

---

### III. — ULCÈRE A ÉVOLUTION RAPIDE

De toutes les formes évolutives de l'ulcère gastrique, nous retiendrons surtout celle dont la marche d'*emblée rapide* se fait sans accalmie aucune vers des complications graves : douleurs persistantes, hémorragies, perforation. C'est sur ces formes que Ch. Jacquelin et M. Gandy ont récemment insisté. Ils séparent ces ulcères, anatomiquement identiques aux autres ulcères d'ailleurs, mais d'allure atypique, des ulcères classiques à évolution longue, par poussées, et de ceux dont le premier signe est une hémorragie ou une perforation. Ils les désignent sous le nom d'*ulcères térébrants à évolution continue et rapide* et ils en citent 3 observations démonstratives dont une seule a trait à un ulcère d'estomac, les deux autres se rapportant à des ulcères du pylore et du duodénum.

Leurs caractères essentiels sont les suivants : histoire clinique assez typique mais avec signes généraux intenses, ce qui peut poser parfois le problème du cancer gastrique, et surtout évolution rapide, continue, d'un jet, sans accalmie ni reprises, durant quelques mois voire quelques semaines seulement ; aucune amélioration par le traitement médical ; terminaison par des accidents graves de térébration : hémorragie ou perforation. Radiologiquement, on constate souvent, à des examens successifs, une extension rapide des signes avec creusement de la niche. L'intervention chirurgicale s'impose promptement pour prévenir les complications de perforation gastrique ou d'ulcération vasculaire.

Ces ulcères qui, par la rapidité de leur évolution, se rapprochent au maximum des ulcérations aiguës gastro-duodénales observées au cours de certaines infections ou intoxications et remarquablement décrites jadis dans la thèse de Ch. Gandy (1899), sont, quand on les étudie sur pièces ou sur coupes, des ulcères de Cruveilhier absolument typiques. Pour Gutmann, il s'agit d'une première poussée ulcéreuse particulièrement grave sur des ulcères banaux.

Quoi qu'il en soit, ces formes sont importantes à connaître en raison des problèmes thérapeutiques qu'elles posent. Faut-il intervenir au risque de tomber sur une lésion en pleine poussée évolutive avec une infiltration cartonnée péri-ulcéreuse considérable ? Vaut-il mieux au contraire attendre et essayer de refroidir les lésions au risque de voir survenir une hémorragie grave ou une perforation que l'on serait amené à opérer d'urgence dans des conditions peu favorables ? C'est affaire de malades et de tendance chirurgicale. En tout cas, il convient de placer ces malades sous surveillance médico-chirurgicale stricte.

Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas très nets de ces ulcères à évolution rapide, vérifiés par l'endoscopie et l'opération.

Dans l'un (obs. 19), l'histoire clinique remontait à trois mois seulement et avait été marquée par de vives douleurs nocturnes et par un amaigrissement important. A l'examen radiologique, il existait une image diverticulaire de la petite courbure, et, à la gastroscopie, on voyait trois ulcères, deux sur la voie gastrique et un sur la face postérieure, entourés de plis volumineux hypertrophiés. L'intervention, nécessitée par l'intensité des douleurs; montra des ulcères simples siégeant sur une tumeur, inflammatoire, avec périgastrite marquée, sans signes de dégénérescence.

Le deuxième cas (observation n° 48), concerne un malade du professeur Chiray dont l'étude fut particulièrement intéressante, puisque, par des gastroscopies successives, on put assister, sinon au début de l'ulcère, du moins à son extension rapide.

L'histoire de ce malade est simple : douleurs tardives vives depuis trois mois avec une courte période de rémission de quinze jours. Une première gastroscopie montre une gastrite érosive de l'antra et des piliers, mais aucun ulcère visible. Un examen radiologique pratiqué dix jours après découvrir par contre, déjà une niche importante.

Malgré le traitement et le régime, les douleurs persistent et un mois après le premier examen endoscopique, une nouvelle exploration au gastroscopie est pratiquée. Elle révèle cette fois un ulcère très net de la jonction de la petite courbure et de la face antérieure de un centimètre de diamètre environ.

La mise au repos au lit, le régime strict, l'aminothérapie n'amènent aucune sédation. Au contraire, les douleurs deviennent de plus en plus vives, l'amaigrissement est important (10 kg. en 5 mois). Nouvelle gastroscopie un mois après la deuxième, deux mois après la première. L'ulcère cette fois est beaucoup plus étendu ; il a 3 ou 4 cm. sur 2 ; ses bords d'aspect œdémateux, surélevés, indiquent la persistance du processus extensif.

L'extension anatomique de l'ulcère, l'intensité des douleurs, l'échec de la thérapeutique médicale, la crainte de voir apparaître des accidents perforatifs ou des hémorragies nous décidèrent à faire opérer le malade. La pièce de gastrectomie nous montra un ulcère dont l'aspect était exactement ce qu'avait révélé la gastroscopie. Il n'y avait aucune adhérence au foie ni au pancréas, ce qui indiquait bien un ulcère peu ancien. Bien que donnant une niche volumineuse, l'ulcère n'était pas extériorisé ;

la niche était intra-pariétale mais la paroi gastrique, infiltrée, dure, épaissie, était sur le point d'être perforée. L'ulcus dont le fond atteignait la séreuse était creusé dans une véritable tumeur inflammatoire des dimensions d'un œuf de pigeon.

L'intérêt de cette observation que nous avons rapportée avec quelques détails est multiple.

Sur le terrain pathogénique et clinique, elle pose la question du rôle de la gastrite érosive dans la formation et la symptomatologie de l'ulcère. L'une de ces érosions notées au cours du premier examen endoscopique n'a-t-elle pas été le point de départ de l'ulcération plus profonde que constitue l'ulcère rond. Cela est possible et nous reviendrons sur ces discussions plus loin (p. 135). Il en a peut-être été ainsi, mais nous ne pouvons l'affirmer en toute certitude, un ulcus ayant pu être masqué par un pli, caché dans une bourse diverticulaire ou enfoui sous l'œdème. Mais s'il y avait déjà ulcère, lors de la première gastroscopie, il était certainement petit car l'exploration avait été facile et minutieuse.

Mais l'intérêt de cette observation nous paraît surtout résider dans l'évolution de cet ulcère. L'exagération des douleurs a été de pair avec une extension rapide de la lésion : invisible ou inexistant le 20 juin, l'ulcère avait un cm<sup>2</sup> un mois après et, deux mois après, le 20 août, sa surface était de 6 à 8 cm<sup>2</sup>. La marche a donc été aiguë aussi bien cliniquement qu'anatomiquement. Et ces constatations endoscopiques viennent corroborer la thèse de ceux qui, se basant surtout sur des arguments radiologiques, soutiennent que le creusement de l'ulcus est rapide en quelques semaines. On peut donc admettre que, dans un certain nombre de cas au moins, de volumineux ulcères peuvent, peut-être se former, du moins se développer à partir d'une minime lésion initiale et atteindre en quelques semaines des dimensions impor-

tantes, réalisant ainsi une sorte de processus ulcéreux extensif aigu.

On peut encore signaler dans cette observation un dernier point intéressant. La gastroscopie en affirmant l'extension rapide de la perte de substance en largeur et en profondeur a donné un des arguments majeurs en faveur de l'intervention.

Mais, de même que l'évolution peut être aiguë dans le sens de l'aggravation et l'ulcère aboutir rapidement à de vastes pertes de substance, de même les lésions peuvent s'acheminer très vite vers la *cicatrisation*. Nous avons noté la disparition de l'ulcère en quatre mois au plus dans les observations 28, 35, 37, 50, en deux mois chez les malades n° 2 et 43, en un mois même (cas 45). Il s'agit là naturellement de cicatrises affirmées sous le contrôle gastroscopique, seul capable de fournir de telles précisions. Les observations précédentes se rapportent à des ulcères plats ou fissuraires sans signes radiologiques, mais la guérison anatomique peut être rapide même dans des ulcères cavitaires. Moutier a constaté la cicatrisation complète en un ou deux mois d'ulcères calleux de plusieurs centimètres de diamètre. Dans l'observation 10 un très volumineux ulcus de la grande courbure de plusieurs centimètres carrés diminua de plus de moitié en un mois.

Il est possible donc que certains ulcères parcourent le cycle complet de leur évolution depuis leur formation jusqu'à leur cicatrisation en quelques mois voire quelques semaines, et cela, parfois avec des signes discrets qui pourront ne jamais être ulcéreux <sup>1</sup>. Nous voici loin

1. Dans l'observation 5, l'histoire clinique datait de un mois quand fut faite la première gastroscopie qui montra un ulcère. Trois mois après, l'ulcère était cicatrisé. A peine quatre mois s'étaient écoulés depuis le début des signes cliniques jusqu'à la guérison anatomique

de l'idée classique qui considérait l'ulcère comme une lésion chronique persistant des mois et des années. Inversement, nous le verrons, certains ulcères peuvent durer très longtemps sans se cicatriser complètement (voir ulcère dormant, p. 83). Nous n'envisageons ici que la guérison de la *lésion* ulcéreuse, sa cicatrisation, et non la guérison de la diathèse ulcéreuse qui est tout autre chose.

En résumé, l'étude gastroscoπique de la marche des lésions ulcéreuses nous a montré qu'il existait deux sortes d'ulcus à évolution rapide :

— les uns évoluent promptement vers des lésions étendues et des complications graves ;

— les autres s'acheminent en quelques semaines vers la cicatrisation. La fréquence de cette dernière forme est difficile à apprécier mais certainement beaucoup plus grande qu'on ne le croyait.

de la lésion. Mais il est impossible de savoir à quelle date exacte s'était creusé l'ulcère. Peut-être existait-il depuis quelque temps déjà quoique absolument latent quand apparurent les premiers signes cliniques.

---

#### IV. — ULCÈRE A DOULEURS CONTINUES

De tous les caractères de l'ulcère, l'évolution discontinue, oscillante, par périodes douloureuses de quelques semaines et phases de sédation longues et nettes est, sans conteste, le signe le plus spécial et le plus énigmatique. « C'est sa plus importante, sa plus constante, sa plus frappante caractéristique », écrit Gutmann.

Il existe toutefois des *formes à évolution continue*, sans rémissions dans l'année, mais à horaire quotidien typique. Elles sont probablement rares puisque nous n'en avons trouvé qu'un cas indiscutable. On ne doit considérer comme telles en effet que les formes dans lesquelles la persistance des phénomènes subjectifs est suffisamment longue ; il est assez fréquent, on le sait, d'observer, chez un ulcéreux, surtout s'il est peu ou pas traité, des périodes douloureuses de trois ou quatre mois ; ces cas n'entrent pas dans la forme décrite ici. On doit en éliminer aussi les ulcères évoluant depuis longtemps, ulcères avec périgastrite, parfois ulcères térébrants ouverts dans un organe voisin ; on sait bien que dans ces cas compliqués, les douleurs peuvent devenir continues. Ne doivent entrer dans ce groupe que les ulcus qui d'emblée, dès le début de leur histoire ont une évolution sans rémission, d'une seule tenue.

Notre observation 10 en est un exemple. Elle a trait à un homme de 50 ans qui souffrait depuis 4 ans presque tous les jours de douleurs tardives sans aucune rémission. L'ulcère responsable était volumineux (plus de

2 cm. de diamètre) et avait gastroscoπiquement l'aspect d'un ulcère calleux. Il ne s'accompagnait d'aucune gastrite décelable macroscopiquement. Son évolution fut remarquable puisque en un mois ses dimensions diminuèrent de moitié sous l'influence d'un traitement parathyroïdien. Enfin, dernier caractère, il s'agissait d'un ulcère de la grande courbure.

A quoi faut-il attribuer l'uniformité des douleurs, identiques tous les jours depuis si longtemps ? On a invoqué pour des cas analogues la gastrite associée, dont on connaît une forme douloureuse continue. Certes, il est des cas où celle-ci peut intervenir, mais il ne nous semble pas qu'il faille retenir ici ce mécanisme, puisqu'il n'y avait pas de gastrite au moins à l'œil nu. Faut-il invoquer le siège de l'ulcus sur la grande courbure, localisation rare, dont la symptomatologie est encore assez mal connue ?

Dans une autre de nos observations (n° 11), des troubles dyspeptiques duraient depuis 30 ans presque sans arrêt, mais, dans ce cas, il y avait une cause d'erreur : la malade était atteinte de lithiase rénale et il était difficile de savoir ce qui revenait à l'ulcère et ce qui était dû au calcul du rein dans la genèse des douleurs.

Retenons donc, même dans les ulcères anatomiquement classiques, la possibilité de douleurs apériodiques, sans poussées évolutives, durant des mois et des années sans rémission.

---

## V. — DISSOCIATIONS RADIO-GASTROSCOPIQUES

Nous venons de passer en revue les cas dans lesquels, la clinique étant atypique, le diagnostic d'ulcère gastrique ne pouvait être affirmé que par les constatations radiologiques gastroscopiques ou opératoires. Il nous faut maintenant envisager les formes dans lesquelles il y a *discordance* entre les résultats de l'examen aux rayons et ceux de l'endoscopie, une méthode montrant l'ulcère et l'autre ne le décelant pas. Cette étude des *dissociations radio-gastroscopiques* nous conduira à préciser le substratum anatomique de la niche radiologique, problème très intéressant que la gastroscopie est venue éclairer d'un jour nouveau et décisif.

Avant les constatations endoscopiques l'attention avait été attirée par des discordances curieuses entre des radiographies successives du même ulcère d'une part et d'autre part entre certains clichés d'estomac ulcéreux et les constatations opératoires.

On avait remarqué ainsi l'*invisibilité radiologique* de certains ulcus ; tels les cas où, sur un estomac radiologiquement normal, se produisait par exemple une perforation nécessitant une intervention chirurgicale ; celle-ci montrait alors un ulcère typique qui avait été complètement méconnu aux rayons.

La *variabilité des niches* à des examens radiologiques successifs avait été aussi observée. Leur formation, leur disparition étaient parfois rapides en quelques semaines.

Nous avons noté le fait au passage dans diverses de nos observations (disparition de la niche en un mois (observ. 16), en 3 mois dans les observations n° 24 et 27). Mais le retour à la normale de l'image radiologique ne devait pas être considéré comme un test de guérison de l'ulcère, contrairement à ce que certains auteurs avaient cru un peu hâtivement. En effet les chirurgiens opérant de tels malades pour une raison ou pour une autre dans une de ces phases négatives de la radiologie avaient constaté à plusieurs reprises la persistance de la lésion.

Les *comparaisons* entre les images radiologiques et les pièces de gastrectomie avaient en outre souvent mis en évidence des discordances importantes : l'ulcère découvert sur l'estomac réséqué était plus grand ou plus petit, plus superficiel ou plus profond que ne le laissait supposer *a priori* les dimensions de l'image cavitaire radiologique.

Cette absence de parallélisme entre les constatations radiologiques et opératoires cadrait mal avec l'idée classique que la niche correspondait toujours à une perte de substance profondément creusante de la paroi gastrique et à elle seulement. Elles avaient amené à penser que dans la formation de l'image pseudo-diverticulaire devaient entrer d'autres facteurs que la cavité de l'ulcère proprement dit.

Mais ces faits, quelque intéressants qu'ils fussent, n'étaient pas très nombreux et ne pouvaient avoir la valeur des constatations directes fournies par l'endoscopie. Celle-ci a apporté sur la formation et l'évolution des niches ulcéreuses des renseignements essentiels.

Les dissociations entre la radiologie et la gastroscopie peuvent être de deux types : ou bien l'examen aux rayons révèle une niche et l'endoscopie ne montre pas l'ulcus,

ou bien inversement l'ulcère est visible à la gastroscopie alors qu'il est indécélable à l'écran. Nous étudierons ces deux points successivement en tâchant de préciser pourquoi il y a ces discordances. Enfin nous nous demanderons si, quand les deux modes d'examen sont concordants et décèlent un ulcère, les images endoscopiques et radiologiques sont comparables.

C'est par quelques *notions statistiques* que nous aborderons cette étude.

Sur les 94 cas d'ulcères que nous avons pu étudier à l'écran et au gastroscopie, il y a eu concordance dans 56 cas, c'est-à-dire dans 6 cas sur 10 environ. Dans 2 de nos cas, radiologie et gastroscopie ont été incapables d'aboutir à un diagnostic certain qui ne fut établi que par les constatations opératoires (un ulcère sur tumeur inflammatoire, un ulcère sténosant par œdème antral). Dans 36 cas, il y eut discordance. Deux fois la gastroscopie ne put découvrir l'ulcère alors qu'il était manifeste radiologiquement. Dans tous les autres cas (34 sur 94, soit dans plus de 1/3 des cas), l'examen endoscopique révéla un ulcère invisible aux rayons. Cette proportion peut paraître considérable. Il est peut-être nécessaire de préciser dans quelles conditions ces examens furent faits. Étude radiologique et endoscopie ont été pratiquées à quelques jours de distance. En général quand il y avait discordance, le malade a été revu radiologiquement ; sauf en cas d'ulcères plats, il y a presque toujours eu étude des plis. Nos examens ont été faits pour la plupart, soit dans le service du professeur P. Duval par M. H. Beclère ou ses collaborateurs, soit dans le service de notre maître, le professeur Chiray, par MM. Lomon et Le Canuet, tous radiologistes dont on connaît toute la compétence. — Notre statistique d'échecs de la radiologie pèche peut-être par excès,

quelques malades n'ayant pas été revus radiologiquement ou n'ayant pas eu d'étude en couche mince, examens qui auraient pu révéler l'ulcère méconnu à une première exploration ; et d'autre part et surtout il est possible qu'on ait adressé à l'endoscopiste les cas dans lesquels l'ulcère était probable cliniquement et la radiologie paradoxalement négative. — Ces réserves une fois formulées, il n'en reste pas moins que dans l'ensemble un assez grand nombre d'ulcères échappent complètement aux rayons <sup>1</sup> et sont révélés par l'exploration endoscopique. Il faut nous demander les raisons de cette discordance.

A. — Voyons d'abord pourquoi, cas fréquent, l'*examen radiologique est négatif et positive la gastroscopie*.

Il est plusieurs causes bien connues d'*échecs* de la radiologie dans le diagnostic d'ulcère gastrique. Nous allons les rappeler brièvement.

Le *siège* de l'ulcus est une cause importante de visibilité ou d'invisibilité de la lésion aux rayons X. Moyen d'exploration remarquable des bords de l'estomac, les rayons X sont très insuffisants pour l'étude des lésions peu volumineuses des faces. Malgré les techniques

1. Nous n'avons considéré comme examens radiologiques positifs que ceux dans lesquels existait une *niche*. Nous avons compté comme négatifs les examens dans lesquels on trouvait seulement de l'hyperkinésie, un point douloureux localisé, une encoche spasmodique de la grande courbure. Si ces anomalies ont une certaine valeur comme signes indirects, elles ne peuvent à elles seules, permettre un diagnostic ferme. De même nous avons éliminé les cas dans lesquels il y avait rigidité et rectitude de segmentaire sans niche visible. Bien que de très grande valeur, ces signes ne sont pas caractéristiques. D'ailleurs ces cas de rigidité *isolée* sont rares ; nous n'en avons noté que 4 cas parmi nos ulcéreux radiographiés. Ils ne peuvent donc, où qu'on les mette, modifier beaucoup la statistique générale.

actuelles d'étude de la muqueuse gastrique en couche mince, malgré la précaution de faire toujours des examens en oblique ou même de profil, les ulcères faciaux sont d'une découverte difficile, soit que le baryte ne remplisse pas l'ulcère, soit que l'épaisseur de la substance opaque comblant la cavité ulcéreuse soit insuffisante pour donner une augmentation d'opacité sur les films. Or ces ulcères, si nous nous en rapportons à notre statistique générale (voir p. 87) forment 18 % de la totalité des ulcères gastriques, sans compter ceux qui siègent aux confins de la petite courbure et des faces. De même l'on connaît la difficulté de l'exploration de la région sous-cardiaque. Un grand nombre des ulcères de cette région (5 sur 7 dans notre statistique) échappent aux rayons.

D'autre part, l'examen radiologique peut être fait dans de mauvaises conditions de visibilité de l'ulcère, sa cavité étant comblée par un caillot, un dépôt de fibrine, du mucus (Loeper, Hollander), des débris alimentaires ou médicamenteux. Dans ces cas, l'ulcère ne se remplit pas de substance opaque et la niche fait défaut. Au contraire, si la gastroscopie est faite alors que la cavité est détergée, la lésion sera parfaitement visible. Pour la même raison l'inverse (radiologie positive, endoscopie négative) peut d'ailleurs se produire comme nous le verrons.

Il n'est pas jusqu'à la *consistance du repas baryté* qui ne puisse également intervenir ; un mélange très fluide remplira la niche ; un mélange très épais pourra ne pas y pénétrer.

Mais les causes essentielles des dissociations radiogastrosopiques que nous avons en vue nous paraissent être d'ordre différent. Quatre facteurs entrent en jeu : la profondeur de l'ulcère et son diamètre, l'œdème péri-

lésionnel, les réactions motrices péri-ulcéreuses, la péri-gastrite.

I. — La *profondeur* et le *diamètre* de la lésion jouent un rôle essentiel. L'ulcère est loin en effet d'avoir toujours l'aspect classique. Ce n'est pas toujours cette perte de substance en cratère, profonde, rigide et large, qui semble s'offrir à la pénétration de la baryte. C'est souvent une minime ulcération en puits de quelques millimètres de diamètre à peine ou une fissure simple ou étoilée qui se creuse entre plusieurs plis. Plus fréquemment encore l'ulcère est plat, mordant à peine sur la paroi gastrique dont il n'entame que muqueuse et sous-muqueuse, ne déterminant presque aucune dépression. Ulcères petits, ulcères fissuraires, ulcères plats, ne forment pas une cavité suffisante pour modifier sensiblement les contours de l'image radiologique gastrique<sup>1</sup>. Un petit ulcère en puits peut donner toutefois sur les clichés une niche minuscule, spicule détachée du contour gastrique, qui malgré ses faibles dimensions a une grande valeur diagnostique. Mais elle ne sera visible que si elle est exactement marginale, une rotation de quelques degrés suffisant à la faire disparaître dans l'opacité de l'ombre gastrique. Mais ce n'est que rarement, par un hasard heureux en quelque sorte, que cet ergot, invisible en général à la radioscopie en raison de ses faibles dimensions, sera apparent sur les clichés. Presque aucun de ces ulcères petits, fissuraires ou plats, ne donnera de niche. Ces types de lésions ne peuvent être affirmés que par la gastroscopie.

On peut donc admettre que, quelles que soient la per-

1. C'est dans ces cas que la constatation de la rigidité et de la rectitude segmentaire de la petite courbure d'une encoche même intermittente sur la grande courbure peuvent avoir une grande valeur pour orienter le diagnostic.

fection technique des appareils et l'habileté des opérateurs, un certain nombre d'ulcères sont indécélables aux rayons parce qu'ils sont au delà des limites actuelles de sensibilité des installations radiologiques. Une seule méthode est capable d'en faire la preuve certaine, au moins de nos jours, la gastroscopie (et peut-être dans certains cas la gastro-photographie). Quelle est la fréquence de ces cas ? Bien qu'il y ait un certain nombre de formes de passage entre tel ou tel type anatomique d'ulcère (entre ulcère fissuraire et ulcère cavitaire par exemple), on peut admettre que leur nombre est important : sur 34 ulcères invisibles aux rayons et découverts par l'endoscopie, 24 (soit plus de  $2/3$ ) entraient dans ce groupe (il y avait moitié d'ulcères plats et moitié d'ulcères fissuraire ou en puits). Si l'on rapporte ce chiffre de 24 à la totalité de nos ulcères, on peut conclure que environ 1 ulcère sur 4 (24 sur 94) *doivent* échapper aux rayons X sauf des conditions particulièrement favorables. Un certain nombre d'autres *peuvent* être invisibles comme nous allons le voir. Il est bien entendu qu'il ne s'agit là que d'une statistique globale. Dans chaque cas particulier, la négativité de l'examen radiologique qui correspond ici au caractère plat ou fissuraire de la lésion n'est vraie qu'à l'instant considéré. L'ulcère peut ultérieurement se modifier, se creuser, s'entourer de bourrelets d'œdème, s'enfoncer dans une bourse diverticulaire et donner alors une niche caractéristique.

Ainsi donc siège et aspect de l'ulcère sont susceptibles d'expliquer bon nombre de discordances entre radiologie et gastroscopie. Mais il n'y a pas que cela.

II. — Un certain nombre de ces dissociations tiennent aux *réactions péri-ulcéreuses* dont nous allons étudier les modalités. Ces faits qui pour la plupart ont été acquis grâce à l'endoscopie rendent compte non seulement de

certaines discordances radio-gastrosopiques, mais aussi de la variabilité des niches, notion qui avait frappé depuis longtemps les observateurs. Nous reprendrons ici les conclusions que notre maître le Dr Moutier a exposées en 1933 et que notre courte expérience gastrosopique nous a permis de confirmer.

Ces réactions péri-ulcéreuses comportent l'œdème, les réactions motrices (hyper ou hypotonie) et la périgastrite. Ce sont ces facteurs qui expliquent pour une grande part la formation des *ulcères cavitaires*. L'on sait que Cruveilhier désignait sous ce nom tous les ulcères qui déterminent une cavité sans préjuger de la cause de celle-ci : perte de substance, œdème péri-ulcéreux, périgastrite...

La niche radiologique en effet ne représente la perte de substance et rien qu'elle que dans un nombre très restreint de cas. Ce n'est que dans les ulcus *très petits* — d'ailleurs rarement visibles — ou dans les ulcères *géants* que l'image diverticulaire répond à l'ulcère seul. Encore dans le cas des ulcus géants, l'œdème péri-ulcéreux intervient-il souvent pour augmenter la profondeur apparente de la lésion et la cerner d'un bourrelet. Dans la plupart des cas, la niche ne répond pas à la perte de substance seule, mais à l'ulcère « *plus quelque chose* » comme dit Moutier. Ce quelque chose est variable; ce peut-être de l'atonie pariétale, de l'œdème péri-ulcéreux, des contractions musculaires ou de la périgastrite.

a. Dans quelques cas, l'*atonie* de la paroi gastrique joue un rôle essentiel. Vita, qui le premier insista sur ce facteur, pensait ce que c'était par une sorte de soufflure due à l'atonie péri-ulcéreuse que se formait la niche. On peut en donner pour preuve le fait que parfois en augmentant la pression intra-gastrique (par la compression manuelle ou la manœuvre de Chilaiditi), on déter-

mine l'apparition de l'image diverticulaire. Cette théorie très exagérée ne pouvait expliquer les niches que dans les zones facilement distensibles de l'estomac. De plus, endoscopiquement on ne met en évidence cette atonie péri-ulcéreuse qu'assez rarement. Dans certains estomacs hypotoniques, on voit tomber devant l'ulcère un ou plusieurs replis pariétaux, pâles, lisses, transversaux (observation 24). Mais ces constatations sont l'exception. Moutier n'en a vu que trois cas.

b. Au contraire de l'atonie pariétale qui représente une cause assez secondaire, l'œdème et la congestion péri-ulcéreuse nous paraissent jouer dans le déterminisme de la formation des niches un rôle de premier plan.

Les travaux remarquablement menés de Gutmann sur l'ulcère du duodénum, travaux qui entraînent la conviction, ont montré le rôle considérable de l'œdème dans la formation des images radiologiques d'ulcus bulbaire. Cet auteur avait appliqué ces idées à l'ulcère de l'estomac, en particulier à l'ulcère juxta-pylorique, plus facile à étudier en raison de son siège sur un segment relativement étroit du tube digestif, condition facilitant la visibilité radiologique des lésions œdémateuses. Cet œdème soupçonné par un raisonnement d'analogie par l'évolution et l'aspect de certaines images radiologiques, vérifié par certaines constatations opératoires, s'est avéré extrêmement fréquent et important au cours des recherches endoscopiques.

L'œdème et la congestion, difficiles d'ailleurs à dissocier car il s'agit de réactions connexes, sont quasi constantes autour de l'ulcère gastrique. Il est de règle de voir autour de lui une sorte de bourrelet, de margelle péri-ulcéreuse tombant à pic vers l'ulcération, s'abaissant en pente douce vers la périphérie. Cette margelle est parfois d'un rouge plus pâle que le reste de l'estomac

comme si les vaisseaux étaient comprimés par l'œdème, mais dans d'autres cas elle prend une teinte pseudo-phlegmoneuse. Cet œdème assez régulier sur toute la périphérie de l'ulcère est plus ou moins étendu ; simple liséré rouge qui souligne les bords de la lésion dans l'ulcère au repos, volumineux rebord de plusieurs centimètres de large dans certains cas d'ulcère en poussée évolutive, l'œdème gonfle les plis et efface les sillons péri-ulcéreux. La surélévation des bords de la perte de substance, leur

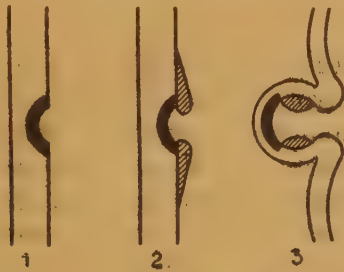


Fig. 3. — Augmentation de la profondeur apparente d'un ulcère: plat (1) par développement d'œdème péri-ulcéreux (2), par formation d'un froncement de la paroi gastrique qui enfouit la lésion dans une bourse ou une gouttière diverticulaire (d'après R. A. GUTMANN).

exhaussement, forme une sorte de talus péri-ulcéreux <sup>1</sup>, « l'ulcus wall » (Shinz, Von Bergmann et Berg). L'ulcère est alors situé au centre d'une boule d'œdème qui l'entoure circulairement. Ainsi est approfondie la cavité ulcéreuse par surélévation des bords ; ainsi se forme une niche dont le fond seul est constitué par l'ulcère, l'œdème formant une partie des parois. Ainsi s'expliquent par disparition de l'œdème et de la congestion, disparition qui peut être rapide, l'effacement d'une image radiologique ulcéreuse des plus nettes. Il n'y a pas guérison anatomique mais simplement « mise à plat » (fig. 3).

1. Dans les ulcères anciens cette dénivellation est due surtout à la zone indurée qui entoure l'ulcère (Payr) et non à l'œdème seul

L'ulcère est dès lors invisible radiologiquement mais il existe toujours au moins pendant quelque temps. Quelquefois au contraire, l'importance de l'œdème est telle que les bords turgescents, infiltrés, arrivent à être au contact. L'ulcère enfoui, « embouteillé » dans la tumeur inflammatoire est alors invisible aux rayons, la baryte ne pouvant plus pénétrer dans le pertuis qui conduit à la cavité de l'ulcus. Nous retrouvons là les ulcères sur tumeurs inflammatoires qui sont d'un diagnostic si difficile et dont nous avons cité deux observations.

Cet œdème segmentaire explique que dans certains ulcus on puisse avoir sur les clichés à certaines périodes une niche parfaitement caractérisée, à d'autres moments des entailles saillantes vers l'axe de l'estomac, encochant une partie de l'ombre gastrique, véritables niches inversées ; dans ce dernier cas, l'œdème péri-ulcéreux est arrivé à occlure l'orifice de l'ulcère et au lieu d'une image d'addition à l'ombre gastrique (la niche) on obtient une image de soustraction (la niche inversée) due à l'infiltration pariétale œdémateuse.

III. — Mais si l'œdème joue un rôle considérable, il n'est certainement pas tout. S'il est bien souvent dans l'ulcus duodénal la seule explication possible des modifications extraordinaires des images radiologiques du bulbe ulcéreux, dans l'estomac, il n'en est plus de même. Il faut faire intervenir ici un autre élément, *élément cinétique*, tenant à la puissante musculature gastrique. Mieux encore que l'étude de la kinésie de l'estomac sous radioscopie, les examens endoscopiques ont montré un organe capable de jeux moteurs insoupçonnés, contractions passagères ou durables, lentes ou brutales, localisées ou généralisées. Les contractions localisées qui ont été découvertes par la gastroscopie sont très

fréquentes dans les estomacs ulcéreux, exceptionnelles ailleurs (au moins avec le gastroscope flexible). Elles ont été décrites par Korbsch, Gutzeit, Moutier. Elles se localisent autour de l'ulcère. Il s'agit tantôt de *gouttières* qui peuvent se fermer par coalescence de leurs bords, tantôt de *poches diverticulaires* dont les bords froncés peuvent rester béants ou s'occlure comme le ferait un diaphragme iris. Dans leur formation, la contraction des faisceaux musculaires obliques de l'estomac et des fibres de la *muscularis mucosae* joue sans doute un rôle essentiel.

L'ulcère logé au fond d'une gouttière ou d'une bourse de contraction (planche III, fig. 4) dont il n'occupe qu'une petite partie, sera plus ou moins visible au cours de l'examen endoscopique. Parfois même il sera complètement caché par le bord de la formation diverticulaire. On peut même assister au cours des gastroscopies à la formation de ces cavités ou à leur disparition complète ou non. Leur siège d'élection est la jonction de la petite courbure et de la face postérieure. Quand la bourse entr'ouverte se laisse pénétrer par la baryte, il existe une niche; mais celle-ci ne correspond pas seulement au cratère ulcéreux; elle correspond aussi à la cavité créée par les contractions pariétales. L'effacement de la niche pourra être due soit à la disparition de la poche de contraction avec mise à plat de l'ulcère, soit au contraire à la fermeture hermétique de la bourse avec exclusion complète de la poche ulcéreuse de la grande cavité gastrique. Ainsi s'expliquent les variations de certaines niches d'un examen à l'autre à quelques jours de distance.

Ainsi s'expliquent aussi certaines dissociations entre l'examen radiologique négatif, la bourse n'ayant pas été remplie, et la gastroscopie positive parce que faite à un moment plus favorable, elle trouve la poche entr'ouverte. Mais en d'autres circonstances l'inverse pourra naturel-

lement se produire, comme nous le verrons plus loin (radiographies positives et gastroscopie muette ou douteuse).

IV. — Un dernier élément peut intervenir dans la formation des niches radiologiques : la *périgastrite* qui existe si souvent dans les vieux ulcus et entraîne la formation d'entonnoirs diverticulaires, de cônes d'attrac-

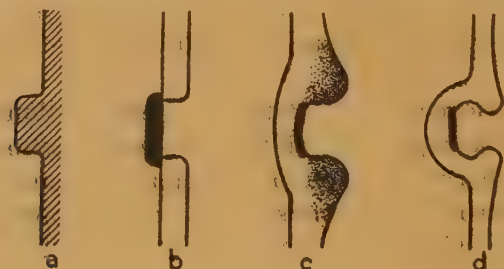


Fig. 4. — Très schématiquement, une même niche radiologique d'origine ulcéreuse (a) peut être produite par des mécanismes différents : — soit par un ulcère perforant ou profondément térébrant (b). — soit par un ulcère superficiel ou peu térébrant mais cerné par un œdème important (c) ou « mis en sac » par un froissement circulaire ou en gouttière de la paroi gastrique (d).

Dans la réalité, ces divers processus s'intriquent plus ou moins.

tion au fond desquels siège l'ulcère. Il est impossible radiologiquement de dire si l'ulcère dont témoigne cette niche est cicatrisé ou non. La gastroscopie peut parfois trancher la question si la cavité peut être éclairée correctement. Mais assez souvent il n'en est pas ainsi ; si les rayons lumineux tombent obliquement sur cet entonnoir diverticulaire parfois très profond, toute une partie reste dans l'ombre et un ulcère caché au fond peut rester invisible.

Perte de substance ulcéreuse proprement dite, atonie, œdème, contractions péri-ulcéreuses, périgastrite, tels

sont les facteurs essentiels qui font comprendre la formation et l'évolution des niches ulcéreuses, qui rendent compte des divers aspects gastroscopiques et expliquent les discordances possibles entre la radiologie, l'endoscopie et les constatations opératoires ou nécropsiques (voir les figures schématiques 3 et 4). Ces facteurs sont rarement isolés, d'ailleurs, ils sont habituellement plus ou moins intriqués sans qu'il soit toujours très facile de faire la part des divers éléments. L'association de l'œdème et des contractions péri-ulcéreuses nous semble être une des formules les plus fréquentes.

Ainsi s'expliquent les cas dans lesquels l'endoscopie est positive et négative l'exploration radiologique.

*B. —* Les mêmes considérations sont valables pour expliquer les cas inverses dans lesquels on conclut radiologiquement à un ulcère que l'*endoscopie ne peut retrouver*.

Une *fausse membrane* siégeant sur l'ulcère peut le masquer plus ou moins complètement pendant quelques jours. Au gastroscopie on voit bien la fausse membrane mais recouvre-t-elle une ulcération ? Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre (observ. 46). La gastroscopie ne montra qu'une cavité recouverte d'une fausse membrane d'un blanc mat, là où l'exploration radiologique avait découvert quelques jours auparavant une niche des plus nettes.

De même un ulcère profondément niché entre des plis œdémateux peut rester invisible.

De même, une *contraction en bourse* ou en gouttière parfaitement hermétique peut cacher complètement un ulcère et le faire méconnaître à l'examen intragastrique, alors que, à un autre moment plus favorable, il a pu donner une image radiologique caractéristique. Dans

ces cas on peut parfois soupçonner l'ulcère à l'examen endoscopique : l'œil peut être alerté par la constatation de formations spirales ou de plis radiés convergeant vers un orifice d'où s'écoule souvent un peu de sang. Il faut alors s'efforcer de vaincre le spasme, « ruser » avec l'estomac, comme dit Moutier, en enfonçant plus ou moins le tube, en insufflant plus ou moins d'air, en basculant la table dans un sens ou dans l'autre, au besoin en attendant quelques minutes que l'estomac soit devenu plus calme. On arrive alors assez souvent à voir l'ulcus rarement de face, le plus souvent obliquement, et il est parfois difficile au fond d'un cavum profond de savoir l'état de la lésion, cicatrisée ou non, térébrante ou non. Dans l'observation 16, ce ne fut qu'à un deuxième examen gastrosopique que fut découvert avec certitude un ulcère qui par ailleurs donnait une niche des plus nettes.

L'*œdème* qui exhausse les bords de l'ulcère, hypertrophie les plis voisins, l'*atonie* pariétale qui tombe comme un voile devant la perte de substance, peuvent former en amont un talus suffisant pour cacher l'ulcération. De même un ulcère logé au fond d'un entonnoir diverticulaire peut être invisible.

Enfin les échecs de la gastroscopie ont encore une autre cause : le *siège* de l'ulcère dans certaines zones interdites ou difficilement explorables de l'estomac comme la petite courbure sous angulaire, le canal pylorique. Dans une de nos observations (n° 42) l'ulcus nettement reconnaissable aux rayons sous forme d'une niche juxta-pylorique très nette était parfaitement invisible à la gastroscopie en raison de son siège. Le malade fut opéré par le professeur Mocquot qui découvrit un ulcère extériorisé de la face postérieure du pylore.

Nous reviendrons sur tous ces points ultérieurement en faisant l'étude critique de la gastroscopie dans l'ulcère

gastrique. Retenons en tout cas que, comme l'examen radiologique, la gastroscopie ne peut dans l'ulcère de l'estomac tout montrer. Méthode complémentaire, elle complète les renseignements donnés par les techniques habituelles. Elle ne peut les suppléer. Un examen négatif ne peut absolument rien prouver ; on ne peut en inférer en général l'absence d'ulcère (Schindler, Rachet, Mou-tier).

C. — Abordons maintenant la dernière question. Quand radiologie et gastroscopie sont d'accord pour affirmer l'ulcère, les renseignements donnés par les deux méthodes sont-ils identiques ou y a-t-il des différences dans l'appréciation des dimensions du siège, de la forme de la lésion ? Dans l'ensemble, les résultats sont très concordants. Il y a seulement quelques désaccords de détail.

Les *dimensions des ulcères* cavitaires sont estimées à peu près par les mêmes chiffres, par les deux moyens d'exploration<sup>1</sup>. Cependant notons que la profondeur de la cavité est souvent donnée avec plus de précision par l'examen radiologique, ceci tenant au fait que, en gastroscopie, l'ulcère est parfois vu obliquement et son fond partiellement ou totalement invisible. Par contre les dimensions de l'orifice d'entrée de la cavité ulcéreuse ne peuvent être appréciées avec précision qu'au gastroscopie qui voit la lésion elle-même et non pas seulement son ombre comme le film radiographique.

1. Notons en passant que l'appréciation des distances et de la profondeur est obtenue d'une manière satisfaisante à l'endoscopie bien que la vision soit mono-oculaire, mais une assez longue expérience est nécessaire.

Dans l'appréciation du *siège*, il faut dissocier la localisation sur le plan vertical, localisation en hauteur (ulcère haut, moyen ou bas) et la localisation sur le plan horizontal (ulcère des faces et des courbures).

Dans la détermination du siège en hauteur, il y a souvent quelques discordances. L'exploration radiologique a tendance en général à situer l'ulcère plus bas par rapport au cardia que la gastroscopie. C'est que la radiologie explore un organe qui tend à s'allonger (au moins en position verticale) sous le poids de la substance opaque, l'endoscopiste au contraire opère sur un sujet couché et étudie un estomac gonflé d'air qui tend à prendre une forme globuleuse.

La localisation exacte sur les faces ou les courbures est plus facile et plus précise gastroscopiquement que radiologiquement. En effet, la petite courbure où siègent la majorité des ulcères et qui n'est aux rayons X qu'une ligne limitant l'ombre gastrique, se présente au gastroscopiste comme un sillon vertical large de 1 à 2 cm. (la « voie gastrique ») et il est très aisé de préciser le lieu exact où s'est creusé l'ulcère, voie gastrique, face antérieure ou postérieure, jonction petite courbure et face. Ce souci de localisation précise n'a pas qu'un intérêt de statistique, il permet dans une certaine mesure de prévoir les difficultés opératoires. C'est ainsi qu'un ulcère cavitaire de la face postérieure ou des confins face postérieure et petite courbure, a de grandes chances d'adhérer au pancréas et d'être d'extirpation difficile. Au contraire, même térébrant, un ulcère siégeant en pleine voie gastrique *peut* s'être creusé entre les deux feuilletts du petit épiploon et n'avoir pas contracté d'adhérences importantes avec les organes voisins ; dans ce cas la gastrectomie sera facile. L'observation 48 est un exemple typique de cette possibilité : bien qu'ayant déterminé une niche importante, cet ulcus n'avait provoqué de

réactions inflammatoires qu'entre les feuillets du petit épiploon ; il n'y avait aucune adhérence et la résection fut très facile.

Le grand intérêt de la gastroscopie dans ces formes d'ulcères cavitaires où radiologie et endoscopie sont concordantes, c'est d'être la seule méthode capable de fournir des précisions sur l'état des bords de l'ulcère, sur la gastrite péri-ulcéreuse qui peut être associée, sur l'état du reste de l'estomac, sur le nombre même des ulcères ; c'est ainsi que dans le fond d'une gouttière diverticulaire donnant une niche volumineuse mais unique sur les films, Moutier put découvrir trois ulcères. C'est ainsi que dans le cas qui correspond à la figure 4 de la planche III l'endoscopie permit de voir deux ulcères dans la cavité d'une bourse de contraction.

Il faudra donc en pratique, pour avoir les notions les plus précises possible, combiner les deux méthodes clinique et endoscopique et confronter les résultats. Ces renseignements seront d'un grand intérêt pratique, c'est sur leur ensemble qu'on se basera pour mettre en action tel ou tel traitement et que l'on pourra dans une certaine mesure prévoir les difficultés opératoires.

\* \* \*

En conclusion donc de cette longue étude des comparaisons radio-gastrosopiques nous pouvons tirer les faits suivants :

Assez souvent (une fois sur 3 dans notre statistique) l'examen radiologique ne donne pas d'image d'ulcère. Cette négativité de l'exploration aux rayons est souvent

due à la forme de l'ulcère, ulcère plat, en puits ou fissuraire. Ces ulcus, sauf exception, et quand ils ne s'accompagnent pas de réactions péri-ulcéreuses œdémateuses ou motrices, sont indécélables *techniquement* par l'examen radiologique. Ils ne peuvent être affirmés que par l'endoscopie.

Inversement quelques ulcères échappent à l'examen endoscopique et sont découverts par les rayons X.

Les niches radiologiques des ulcères cavitaires sont dues non seulement à la perte de substance mais aux réactions péri-ulcéreuses (œdème, spasme, atonie péri-gastrite) souvent plus éloquentes radiologiquement que l'ulcère lui-même. L'effacement rapide de ces réactions rend compte de la variabilité des images radiologiques et ôte toute valeur à la *disparition de la niche radiologique comme test de guérison de l'ulcère*. C'est seulement sous le contrôle de la gastroscopie que l'on peut affirmer la cicatrisation.

L'importance des réactions œdémateuses péri-ulcéreuses sur lesquelles ont insisté de nombreux auteurs en partant de techniques d'examens très diverses (anatomie pathologique, radiologie, endoscopie) mérite encore d'être soulignée d'un point de vue général. On ne peut manquer de rapprocher ces réactions périfocales souvent plus expressives que la lésion elle-même des poussées fluxionnaires, congestives et œdémateuses, que l'on rencontre dans certaines péricolites et surtout dans les pneumopathies. Benda et Mollard ont particulièrement insisté sur ces notions dans le cadre de la bacillose pulmonaire et en ont souligné le grand intérêt pratique. Dans la tuberculose pulmonaire comme dans l'ulcère, nous retrouvons les mêmes caractéristiques des lésions œdémateuses : souvent plus parlantes radiologiquement que la lésion qui leur a donné naissance, elles sont caractérisées en outre par leur durée éphémère, leur grande

labilité, alors que persiste plus ou moins évolutif le foyer causal. Sans insister sur ce parallèle, il n'était pas sans intérêt de souligner l'unité de ces phénomènes réactionnels dans des champs aussi éloignés de la pathologie.

---

VI. — FORMES A SYMPTOMATOLOGIE EXTRA-GASTRIQUE  
FORMES MUETTES CLINIQUEMENT  
ET RADIOLOGIQUEMENT. L'ULCÈRE GASTRIQUE  
DANS L'INTERVALLE DES POUSSÉES

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que les ulcères qui bien qu'atypiques attireraient néanmoins l'attention vers l'appareil digestif par des troubles dyspeptiques plus ou moins nets. Mais il existe aussi des ulcères qui ne se manifestent par aucun symptôme d'ordre gastrique ni clinique, ni radiologique, et qui sont des découvertes d'endoscopie systématique.

\* \* \*

De ces formes à *symptomatologie extra-gastrique* de la maladie de Cruveilhier, le cas habituel est celui où le seul signe est un *amaigrissement* inexpliqué sans signes radiologiques gastriques, amaigrissement qui fait penser à une néoplasie latente digestive ou non. Par l'endoscopie faite systématiquement pour ne pas méconnaître un cancer de l'estomac au début, on a la surprise de trouver un ulcère. Dans d'autres cas, ce qui attire l'attention, c'est une *anémie* cryptogénétique. Ailleurs l'amaigrissement va de pair avec une *ptose* gastrique sans aucun signe dyspeptique.

De ces formes, Moutier rapporte deux cas démonstratifs <sup>1</sup>.

1. Moutier. *Traité de gastroscopie*, p. 193.

« Chez l'un d'eux, un homme de 60 ans, l'amaigrissement, le facies cachectique, le caractère négatif de l'examen radiologique, l'absence absolue de troubles dyspeptiques avait orienté le diagnostic vers un cancer non digestif. Or l'examen endoscopique pratiqué pour ne pas passer à côté d'un cancer dissimulé de la face postérieure, montra un ulcère absolument classique de la petite courbure d'un centimètre environ de diamètre. Cet ulcère guérit facilement et rapidement par un traitement parathyroïdien et tous les phénomènes généraux disparurent de ce chef.

« Le second malade était un homme de 37 ans, présentant des malaises vagues sans rien de précis, mais hanté par la peur du cancer. Nous le tenions pour un anxieux mais toujours pour ne pas risquer de passer à côté d'un cancer au début, sur les zones silencieuses de l'estomac nous lui fîmes un examen endoscopique. Là encore on rencontra un ulcère de la petite courbure en amont de l'angle gastrique. »

Quelques signes de plus et nous arrivons à ces formes que nous avons décrites dans les ulcères pseudo-gastriques et où il n'y a qu'un minimum de troubles dyspeptiques, juste capable d'orienter vers une affection digestive (obs. 29).

Un degré de moins et l'ulcère est complètement *muet*, sans aucun signe clinique même extra-digestif, au moins pendant une période de son évolution. L'existence de ces formes complètement latentes ne saurait être mise en doute. Tous les chirurgiens ont observé de ces sujets qui, opérés pour une perforation gastrique ulcéreuse, n'avaient pas jusqu'alors présenté le moindre trouble. C'est ainsi que dans une statistique toute récente de 23 ulcères gastro-duodénaux perforés et opérés dans le service du

professeur Grégoire, Dragomiresco a trouvé 10 cas sans aucun antécédent gastrique (43 %). Notons que selon Berger et Huard, chez les aliénés l'ulcère peut évoluer de façon absolument latente jusqu'à la perforation et même pendant la perforation. Rappelons aussi que dans la statistique ancienne de Saloz Cramer et Moppert, 26 % d'ulcères gastro-duodénaux furent des découvertes d'autopsie. Nous verrons enfin que les ulcères gastriques survenant chez des malades atteints d'ulcère bulbaire sont habituellement latents, sinon cliniquement, du moins radiologiquement ; ils sont en général des découvertes d'endoscopie.

La fréquence de ces formes sans signes cliniques ou à symptomatologie extra-digestive est impossible à apprécier. Elle est probablement plus grande qu'on ne le pense. Si l'on se rappelle la fréquence de la guérison de l'ulcus, le pourcentage important d'ulcères superficiels, le nombre assez grand de formes frustes de la maladie de Cruveilhier, on peut penser que certains ulcères gastriques doivent évoluer de bout en bout depuis leur creusement jusqu'à leur cicatrisation *sans aucun symptôme*. Le fait n'a rien de particulièrement surprenant si l'on veut bien se rappeler le nombre de gastrites altératives qui sont absolument muettes et que découvre l'endoscopie au cours d'examen en série. Ce qui est vrai pour elles ne peut-il l'être pour certains ulcères ?

Dans d'autres cas, après cette sorte d'incubation ces ulcères évoluent vers un syndrome dyspeptique plus ou moins ulcéreux ou vers des complications.

\* \* \*

Ces formes muettes cliniquement et radiologiquement nous amènent à nous poser la question de savoir ce que devient l'ulcère *dans l'intervalle des poussées* ou après

intervention de dérivation. Les faits que nous allons exposer sont valables aussi bien pour les formes typiques que pour les aspects inhabituels de l'ulcère gastrique.

On connaît les signes de l'accalmie qui sépare les poussées : disparition de tous les signes cliniques, effacement de tous les signes radiologiques<sup>1</sup>. Et cette guérison clinique et radiologique persiste jusqu'au jour où une nouvelle poussée survient. Que devient l'ulcère pendant cette période muette qui peut durer des semaines, des mois et même des années (Gutmann, Moutier) ? Persiste-t-il, la lésion étant à plat et invisible aux rayons ? Guérit-il complètement ?

On pensait que dans un certain nombre de cas tout au moins, il n'y avait pas cicatrisation. Boas par la réaction sensible de la deutéroporphyrine, avait constaté pendant longtemps encore après la guérison clinique de la poussée, la présence de sang dans les selles, ce qui témoignait de la continuation d'un léger suintement provenant probablement de l'ulcère non cicatrisé. Moynihan et de nombreux chirurgiens se basant sur leurs constatations opératoires admettaient la persistance fréquente de l'ulcère entre les poussées.

Mais en fait la question était impossible à résoudre sans le contrôle de l'endoscopie. Des gastroscopies faites en série sur le même malade en période de crise et dans les phases d'accalmies ont permis de préciser certains points (Schindler, Gutzeit, Korbsch, Moutier), que nous résumons ici :

Deux cas peuvent se produire ou bien l'ulcère se cicatrise ; ou bien il persiste, mais modifié.

1. Cela n'est vrai que pendant les phases de début de l'ulcère. Plus tard, la périgastrite, la sclérose périulcéreuse, l'approfondissement de l'ulcère qui devient térébrant, peuvent amener des déformations radiologiques permanentes.

1. — Dans certains cas, la lésion guérit. L'œdème de ses bords disparaît, la délimitation avec les parties voisines perd de sa netteté, son fond se déterge ; elle se cicatrise progressivement soit d'une manière concentrique, soit par un de ses pôles. Au bout de quelques semaines il ne persiste plus qu'une minime macule rougeâtre, qui disparaît à son tour, laissant ou non une cicatrice blanche, déprimée. Parfois ne persiste qu'une petite dépression en cupule, au niveau de laquelle la muqueuse est parfois amincie (obs. 35). Si l'ulcère a été multiple on peut observer ainsi plusieurs cicatrices.

L'ulcère est cicatrisé mais la maladie, la diathèse ulcéreuse est-elle guérie ? Il est impossible de le dire. On ne sait pas si tel ulcère *guéri anatomiquement*, ne récidivera pas un jour. Parfois la guérison semble définitive ; plus jamais le sujet ne souffrira à nouveau. Dans d'autres cas l'ulcère renaît au bout d'un temps variable. Parfois, il se reproduit au même point. Cruveilhier en avait déjà donné la preuve anatomique quand il insistait sur la fréquence des récides de l'ulcère au niveau même d'une cicatrice d'ulcère ancien. Schindler, Moutier ont pu saisir sur le vif cette reviviscence *in situ* sous le contrôle de l'endoscope. Mais parfois la récide se fait en un autre point dans la même région ou à distance de l'ulcère antérieur.

Pourquoi ces récides ? On peut invoquer une fragilité spéciale locale quand l'ulcère a laissé une cicatrice importante. F. Ramond a remarqué en effet au niveau de l'ulcère ancien une symphyse de la musculuse et de la muqueuse avec disparition de la sous-muqueuse. Mais dans les ulcères petits, plats qui guérissent sans cicatrice appréciable et à plus forte raison dans les ulcères qui récidivent en dehors de l'ulcère initial, il faut certainement faire intervenir d'autres facteurs, phénomènes locaux ou généraux, mal précisés encore, pour expliquer ce réveil

Nous ne saurions entrer dans ces discussions qui dépassent le cadre de notre sujet. En tout cas la cicatrisation des ulcères est extrêmement fréquente. Un grand nombre d'ulcères plats ou fissuraires, ulcères dont il serait souvent impossible de faire la preuve formelle sans la gastroscopie guérissent en quelques semaines et souvent, semble-t-il, définitivement.

2. — Dans d'autres cas l'ulcère persiste mais son aspect se modifie, il entre en sommeil. C'est l'ulcère « *apaisé* » de Loeper ou mieux *ulcère « dormant »* (Moutier), ce terme ne préjugant pas de l'existence de crises antérieures, un ulcère pouvant être dormant d'emblée, tels les ulcères muets que nous avons décrits plus haut.

L'ulcère prend alors des caractères particuliers, il s'aplatit, l'œdème péri-ulcéreux se résorbe, les bords peu élevés et peu nets, conduisent sans ressaut visible de l'ulcération aux parties voisines. Le fond détergé est granuleux, rougeâtre, présentant de petits points rouge sombre, aspect tacheté, criblé, caractéristique de l'ulcère au repos. Ses dimensions diminuent parfois beaucoup, mais la cicatrisation qui semble proche ne peut se réaliser. Parfois existe seulement une simple macule rougeâtre ou une fissure à fond jaunâtre, témoins de la non-guérison. L'estomac lui-même est au repos. Tout peut rester ainsi à l'état de sommeil des mois et des années (observations 13 et 54 par exemple). Puis un jour, souvent sans raison bien précise, c'est la rechute; l'activité anatomique et les signes cliniques reprennent. Finalement la guérison peut malgré tout survenir, l'ulcère dormant représentant en fait le premier stade de la cicatrisation. Il est curieux de constater dans certains cas, que le réveil anatomique et la reprise des signes cliniques ne sont pas contemporains. C'est ainsi que Moutier a pu noter dans un cas des signes de poussée anatomique décelés par

'endoscopie, précéder de un mois les manifestations cliniques. Dans un autre cas, sur un estomac gastro-entérostomisé, il a vu des alternatives de cicatrisation plus ou moins complète et d'érosion sans aucun signe clinique.

La gastroscopie a ainsi élégamment permis de pénétrer plus avant dans les questions compliquées des ulcères à rechutes, à récides, des formes apaisées et latentes. Intéressantes du point de vue pratique, ces formes de l'ulcère gastrique présentent aussi un intérêt théorique évident. Peut-être une meilleure connaissance de l'évolution anatomique de l'ulcère aidera-t-elle à éclaircir l'énigme qui domine la symptomatologie de l'ulcus gastro-duodénal, celle de son évolution discontinue.

---

## CHAPITRE III

ULCÈRES DE SIÈGE INHABITUEL  
ULCÈRES MULTIPLES



## ULCÈRES DE SIÈGE INHABITUEL

La statistique de notre maître Moutier et celle beaucoup moins importante qui nous est personnelle nous fournissent les chiffres suivants sur le siège de l'ulcère dans 100 cas.

69 ulcères de la petite courbure moyenne et haute (c'est-à-dire de 4 cm. au-dessous du cardia jusqu'à l'angle gastrique) (69 %).

18 ulcères de la face postérieure (18 %) ;

4 ulcères de l'antré (4 %) ;

8 ulcères juxta-cardiaques (8 %) ;

1 ulcère de la face antérieure (1 %) ;

1 ulcère de la grande courbure (1 %) ;

soit en tout 101 (un ulcère était double : juxta-cardiaque et face postérieure<sup>1</sup>).

Cette statistique ne comporte que des ulcères non cicatrisés, tous vérifiés par l'endoscopie ou l'intervention.

Elle confirme la fréquence considérable de l'ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, zone qui en est le véritable territoire d'élection (7 ulcères sur 10 se creusent dans cette région). Elle montre, notion moins connue, la relative fréquence des ulcères de la face postérieure, la rareté des ulcères de l'antré, qui correspon-

1. Rappelons pour mieux fixer les idées le pourcentage respectif des ulcères gastriques et duodénaux (Moutier) :

68 p. 100 d'ulcères gastriques.

20 p. 100 d'ulcères duodénaux.

12 p. 100 d'ulcères à la fois gastriques et duodénaux.

dent aux ulcères juxta-pyloriques (versant gastrique) des classiques, ce qui va tout à fait à l'encontre des idées admises. Par contre le nombre des ulcères du cardia est assez considérable (8 %). Enfin, ce relevé confirme la rareté des ulcères de la face antérieure et de la grande courbure.

Nous ne considérerons comme formes atypiques que celles qui ne siègent pas sur la petite courbure dans sa partie moyenne. Sur chacune des formes à topographie inhabituelle, nous nous efforcerons de tirer de l'endoscopie des confirmations ou des notions nouvelles. Il faudra d'autre part nous demander pourquoi il y a cette discordance entre les statistiques classiques et celles des endoscopistes sur l'ulcère de l'antre. Enfin nous envisagerons rapidement le cas des ulcères multiples.

#### A. — *ULCÈRE JUXTA-CARDIAQUE*

(Obs. 3, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 63.)

L'ulcère juxta-cardiaque <sup>1</sup> est considéré comme rare. C'est ainsi que Guérin, Dumoulin indiquent une fréquence inférieure à 5 %, que Saloz, Cramer et Moppert n'en notent que 5 sur 402 ulcères gastriques (moins de 2 %), que Le Noir donne le chiffre de 3 % (sur 204 cas). Mais certaines statistiques apportent des pourcentages plus élevés, 10 % pour Einhorn (1920) sur 247 cas, 8 % pour De Quervain (1921). Enfin, dans certains relevés faits par des chirurgiens sur des ulcères perforés, la fréquence est de 5 % (Villard et Pinatelli, F. et G. Gross. Thèse de Lauret, 1921). Notre statistique se rapproche

1. Comme il est classique nous désignerons comme ulcères juxta-cardiaques uniquement ceux qui siègent entre le cardia en haut et une ligne qui part à 3 ou 4 centimètres du cardia sur la petite courbure et aboutit sur la grande courbure à la partie supérieure de sa convexité (Guérin).

de celle de De Quervain et d'Einhorn, puisque nous avons noté 8 ulcères juxta-cardiaques sur nos 100 malades. Sa fréquence est donc loin d'être négligeable.

La forme la plus typique de l'ulcère du cardia est celle qui se manifeste par des douleurs survenant pendant ou immédiatement après la déglutition et se prolongeant 2 ou 3 heures après les repas. Mais Guérin qui a individualisé ce type, insistait déjà sur sa rareté. Saloz, Cramer et Moppert, Dumoulin ont confirmé ce fait. Sur nos 8 cas, une seule fois (obs. 39), l'attention fut attirée cliniquement par de vives douleurs rétro-xiphoïdiennes ; encore n'avaient-elles point tout à fait les caractères classiques puisqu'elles ne se produisaient que 20 minutes à 2 heures après les repas.

Dans les autres cas, il n'y avait aucun signe capable d'orienter vers cette localisation. Dans 3 cas, on avait pensé à un ulcus gastro-duodénal, mais sans pouvoir en préciser le siège (obs. 3, 37, 38) ; dans 3 observations, il y avait un syndrome dyspeptique assez vague (obs. 35, 40, 63) ; dans un cas (obs. 41) le signe d'alarme fut une hématomatose presque monosymptomatique. Notons que dans l'observation 37 existaient 2 ulcères : un du cardia, un de la face postérieure, que chez notre malade n° 38, les douleurs d'abord typiques avaient pris le caractère de crises tabétiformes des plus nettes.

Les classiques insistent dans les ulcères sous-cardiaques sur la précocité de l'atteinte générale, pouvant aller jusqu'à un véritable état cachectique. C'est ainsi que Saloz, Cramer et Moppert notent ce phénomène 5 fois sur leurs 7 cas. Ce signe ne nous a pas frappés et sur nos 8 malades, un seul (obs. 40) présenta une atteinte franche de l'état général avec asthénie et anémie marquée. Peut-être faut-il voir la cause de cette discordance dans la plus grande facilité du diagnostic grâce à la gastros-copie.

C'est qu'en effet, sans examen endoscopique, le diagnostic d'ulcus juxta-cardiaque est des plus difficiles même avec le secours de la *radiologie*. Dans les 7 cas de Saloz, Cramer et Moppert, le diagnostic ne fut fait qu'à l'autopsie. Chez 6 de nos malades l'ulcère ne donna aucune image anormale ni à l'écran, ni sur les clichés ; et, dans un des deux seuls cas où existait une niche, ce ne fut qu'à un deuxième examen centré sur le cardia, et après que la gastroscopie eut découvert l'ulcère que l'image diverticulaire caractéristique fut trouvée aux rayons. L'ulcère juxta-cardiaque est donc d'une « révélation radiologique des plus difficiles » (P. Duval, J.-Ch. Roux et H. Bécélère). Pour étudier cette région haute de l'estomac, zone où la baryte ne fait que passer, zone profonde, inaccessible à la palpation, il faut souvent recourir à des procédés spéciaux (examen en oblique, de profil, examen en position de Trendelenburg ou même la tête en bas.) Pour comprendre le difficile remplissage de ces ulcères, il n'est que de se rappeler toute la peine que l'on a à opacifier certains diverticules sous-cardiaques malgré leurs dimensions souvent importantes, notion sur laquelle ont insisté récemment J.-Ch. Roux et H. Bécélère. Encore faut-il qu'il s'agisse d'ulcères cavitaires les seuls qui soient susceptibles de donner une niche ou une tache suspendue, et c'est loin d'être toujours le cas. Rappelons encore qu'il y a dans cette région de fausses images ulcéreuses : niche non ulcéreuse par diverticule ou récessus sous-cardiaque, pseudo-niche par estomac en cascade ; tache suspendue due à des cancers du cardia ou à un arrêt de la baryte sur les plis horizontaux de cette région.

L'atypie et la pauvreté du tableau clinique, la carence fréquente de l'examen radiologique expliquent la difficulté du diagnostic de tels ulcus. Celui-ci est certaine-

ment grandement aidé par la *gastroscope* puisque, rappelons-le, 7 de nos 8 ulcères ont été des découvertes d'endoscopie. Cependant — et nous insistons particulièrement sur ce point que nous a bien montré notre maître le Dr Moutier — l'étude gastrosopique de ce segment de l'estomac est délicate. Il y a à cela deux raisons essentielles. Tout d'abord, la région sous-cardiaque est, au cours de l'endoscopie, la zone réflexogène par excellence ; quand, à l'introduction ou à l'extraction, l'extrémité de l'appareil un peu plus volumineuse frôle cette zone du cardia et du sous-cardia, il est rare que ne se produisent pas quelques vives contractions gastriques avec nausées et rejet d'air, ce qui ne facilite guère l'examen. D'autre part, et surtout en cette région, l'objectif est presque au contact de la petite courbure et de la face postérieure, siège d'élection de l'ulcère. C'était même, parmi bien des défauts, un avantage des appareils rigides et coudés anciens que cette courbure terminale analogue à celle du cystoscope, qui, en repoussant les parois de l'estomac au-dessous du cardia, permettait un meilleur examen de cette région. Avec l'appareil flexible et droit de Schindler la proximité des parois gastriques a de fâcheuses conséquences optiques : dans certains cas, la mise au point est imparfaite et les images floues, bien que l'appareil soit construit de telle manière que la vision soit nette dès que l'objet se trouve à plus de 2 ou 3 mm. de l'objectif ; toujours les images seront agrandies et les plis hypertrophiés comme s'ils étaient vus à travers une loupe. Il faudra tenir compte de ces altérations optiques, pour apprécier les lésions juxta-cardiaques aussi bien ulcéreuses que d'autre nature. Dans les cas difficiles, pour mieux étudier un petit ulcus par exemple, on fera varier l'inclinaison de la table, la position du tube, on insufflera l'air sans brusquerie et très lentement. On aura soin enfin de toujours explorer le sous-cardia aussi bien à

l'aller en introduisant le tube qu'au retour en l'extrayant. Parfois l'ulcération ne sera vue qu'au moment où en retirant le gastroscope, l'objectif, prêt à sauter sur le cardia, va quitter l'estomac.

Comme pour les ulcus du corps de l'estomac, le *siège* d'élection des ulcères juxta-cardiaques est la petite courbure et la face postérieure (5 sur la face postérieure, 3 sur la petite courbure dans nos observations).

L'*aspect* de la lésion ne présente pas de particularités spéciales : sur nos 8 cas, nous avons eu 3 ulcères typiques (obs. 35, 39 et 63) dont 2 (n° 39 et 63) furent retrouvés à l'exploration radiologique, 2 ulcères fissuraires (obs. 3 et 41), 3 ulcères plats (obs. 37, 38, 40). Un des ulcères était double (obs. 37) et associé à un ulcère de la paroi postérieure du corps de l'estomac.

La gastrite péri-ulcéreuse et la gastrite généralisée ne paraissent pas plus fréquentes que dans les autres ulcères.

La *chlorhydrie* des ulcères du cardia est mal connue en raison de leur relative rareté et de la difficulté qu'il y a à faire leur diagnostic. L'hyperacidité est assez fréquente, mais l'hypo ou même l'achlorhydrie sont notées plusieurs fois. Shinz, F. Ramond signalent que l'hypo-chlorhydrie survient rapidement. Bronstein sur 2 cas trouve une fois le chimisme normal et une fois une achlorhydrie complète au repas d'Ewald. Six de nos malades ont eu une étude du chimisme après sécrétion provoquée par l'histamine. Quatre fois la réponse fut normale en hyperacide. Une fois (obs. 40), elle fut franchement hypochlorhydrique ( $A = 1,31$ ,  $H = 8,43$ ). Une fois enfin (obs. 35), il y avait achlorhydrie complète ( $H = 0$ ,  $A = 0,30$ ). Bien que nous ne puissions tirer de ces faits aucune conclusion, la fréquence de ces hypo ou achlorhydries dans l'ulcère juxta-cardiaque mérite

d'être soulignée. Il est probable qu'il ne s'agit pas là que de simples coïncidences.

L'évolution de ces ulcères paraît se faire dans un certain nombre de cas vers la cicatrisation. Chez 2 malades qui purent être gastroscopés à nouveau, 4 mois après le premier examen, on constata une disparition complète de la lésion (obs. 35 et 37).

On peut se demander si la relative fréquence de ces ulcères juxta-cardiaques n'est pas due en partie tout au moins aux traumatismes que subit cette région. C'est elle en effet qui reçoit le premier choc de l'agent extérieur que forment les aliments. Ceux-ci, souvent trop chauds ou trop froids, mal mastiqués ou irritants, arrivent après la rapide traversée œsophagienne, sur la valvule cardiaque. Celle-ci, qui forme un repli à concavité droite bien visible endoscopiquement, les draine vers la petite courbure haute où ils viennent frapper d'abord avant de descendre dans le corps de l'estomac. Ce choc mécanique, thermique ou chimique sur une muqueuse à une seule assise de cellules rend compte de la fréquence des gastrites segmentaires hautes sur lesquelles F. Ramond a insisté le premier. C'est peut-être le même mécanisme qu'il faut chercher à l'origine de certains ulcères sous-cardiaques. Peut-être est-ce là aussi la cause de la rapidité de la guérison de quelques-uns d'entre eux. Dès que le malade averti par les douleurs s'impose un régime excluant les aliments chauds ou acides et mastique mieux, un des motifs de la perpétuation de la lésion disparaît et l'ulcère guérit.

Quoi qu'il en soit et en résumé, relative fréquence, clinique imprécise, exceptionnellement dysphagique, examen radiologique délicat et souvent négatif, relative difficulté du diagnostic gastroscopique qui reste cepen-

dant la seule méthode capable d'apporter une précision plus grande au diagnostic, en particulier la découverte des formes frustes ou fissuraires, telles sont les caractéristiques essentielles de l'ulcère du cardia.

#### B. — ULCÈRES DE LA FACE POSTÉRIEURE

La fréquence de l'ulcère de la face postérieure par rapport aux autres ulcères est très diversement appréciée. Certains fournissent des chiffres faibles : Saloz, Cramer et Moppert (1922) indiquent moins de 2 % (7 cas sur 402), Soupault 6 %, (ulcères des faces). F. Ramond en 1927 trouve 6 ulcères des faces sur 120 cas. Si l'on s'adresse à d'autres auteurs, les pourcentages seraient beaucoup plus élevés. C'est ainsi que dans des statistiques considérables portant uniquement sur des autopsies, Welch (1885), Martin (1909), Hauser (1926) apportent respectivement les chiffres suivants : 50 %, (sur 793 cas), 28 % (sur 2.069 cas), 13 % sur 1.413 cas. Ces divergences nous paraissent tenir, mis à part peut-être un élément ethnique dans la fréquence de l'ulcère, à 2 facteurs essentiels. D'une part le matériel de statistique n'est pas le même, les uns s'adressant aux autopsies seulement, d'autres tenant compte des autopsies et des interventions chirurgicales. D'autre part la délimitation entre ulcères de la petite courbure et ulcères de la face postérieure n'est pas toujours nettement précisée, tel ulcère étant classé selon les auteurs dans l'une ou l'autre des catégories. Hurst et Stewart ont essayé de se mettre à l'abri de cette cause d'erreur et ont convenu de n'appeler ulcères de la face postérieure que ceux qui siègent à plus d'un pouce (2 cm. 5) de la petite courbure. Le pourcentage qu'ils donnent d'ulcères de la face postérieure est de 3 % (7 sur 209 autopsies).

Ce chiffre nous paraît beaucoup trop faible. Sans doute

en se basant uniquement sur des autopsies méconnaît-on un certain nombre d'ulcères curables. Le taux fourni par notre statistique est beaucoup plus élevé : il est de 17 %.<sup>1</sup>

*Cliniquement* ces ulcères auraient une grande tendance à s'extérioriser (dans le pancréas surtout) et à donner des douleurs d'une acuité extrême rappelant celles du cancer du corps du pancréas. Bientôt s'adjoindrait à ce syndrome douloureux violent un syndrome général : anémie, asthénie et surtout amaigrissement.

Ces notions classiques ne nous paraissent pas en accord avec ce que nous avons constaté grâce à la gastroscopie. Les formes douloureuses et cachectisantes (obs. 16) nous paraissent même être parmi les plus rares. Les ulcères de la face postérieure peuvent aussi bien se présenter sous l'aspect d'un syndrome ulcéreux des plus typiques (obs. 37, 51, 45) que sous le masque d'une dyspepsie vague sans caractère particulier (obs. 1, 17, 55). L'évolution vers l'extériorisation de la lésion ne ressort pas non plus de l'étude de nos cas. Un certain nombre de malades porteurs d'ulcères de la face postérieure et suivis au gastroscope ont cicatrisé complètement leurs ulcères en quelques mois (4 à 7 mois dans les observations 1, 37 et 55).

Ces divergences entre les données habituelles et les observations gastroscopiques nous paraissent tenir à la raison suivante. Difficilement reconnaissables aux rayons, un certain nombre de ces ulcères étaient méconnus

1. N'ont pas été compris dans ce groupe les ulcères de la face postérieure de la région sous-cardiaque étudiés ailleurs. Ont été éliminés aussi les ulcères siégeant à la jonction de la voie gastrique et de la face postérieure qui doivent être considérés comme ulcères de la petite courbure et qui n'ont que deux particularités, l'une radiologique : l'importance de l'examen en oblique antérieure droite pour dégager des niches petites et légèrement postérieures du contour de la petite courbure; l'autre gastroscopique : cette zone est la région d'élection des bourses et formations diverticulaires.

et n'étaient diagnostiqués que ceux dont la cavité était suffisante pour donner une niche radiologique. Les autres ulcères petits, fissuraires et plats n'étaient point repérés. Leur fréquence est loin d'être négligeable (10 sur 17 dans notre relevé). Ce sont précisément ces cas peu évolués qui guérissent le mieux, que l'endoscopie a permis de reconnaître et de faire entrer dans les statistiques.

Il est bien connu en effet que l'*examen radiologique* des ulcères de la face postérieure est difficile. L'examen de face par la méthode habituelle ne montre en général rien, le corps de l'estomac rempli de la substance opaque cachant toute image rétrogastrique. Pour découvrir l'ulcère, il faudra examiner le malade en oblique ou de profil pour déceler une niche postérieure, rechercher une image suspendue après évacuation de l'estomac ou en pression dosée ; l'examen par la méthode de la couche mince trouve ici une de ses meilleures applications. Toutefois il est avéré qu'un certain nombre d'ulcères de cette face échappent à l'étude radiologique.

L'*exploration au gastroscope* de ces ulcères a donc une importance considérable, mais l'étude de la face postérieure doit être faite avec le plus grand soin car il y a un certain nombre d'erreurs à éviter. Cette zone est normalement formée de plis nombreux, sinueux, les plis « cérébroïdes » (Moutier) qui ne disparaissent pas par la distension gazeuse. Il faudra prendre garde à ne pas laisser échapper un petit ulcère fissuraire caché entre deux plis, ou inversement à prendre pour un ulcère des plis limitant par leur confluence une cupule remplie d'ombre ; cette ombre rougeâtre cernée de gros plis simule parfois à s'y méprendre un ulcère entouré de son bourrelet œdémateux. Enfin, dernière cause d'erreur, les ulcères de la face postérieure sont assez souvent enfouis dans une bourse au fond de laquelle il est par-

fois difficile de les apercevoir (obs. 17, 55, 56). Dans l'observation 16, ce ne fut qu'à la deuxième endoscopie que l'ulcère put être vu de façon certaine. Malgré ces quelques difficultés, l'endoscopie gastrique reste néanmoins une méthode de grande valeur pour découvrir ces ulcères de la face postérieure.

### C. — ULCÈRES DE LA FACE ANTÉRIEURE ET DE LA GRANDE COURBURE

Nous ne dirons que quelques mots des ulcères de la face antérieure et de la grande courbure. De chacun de ces types nous n'avons observé qu'un cas.

#### I. — ULCÈRE DE LA FACE ANTÉRIEURE

L'ulcère de la face antérieure est très rare. Saloz, Cramer et Moppert n'en ont jamais observé. Hurst et Stewart indiquent qu'ils en ont vu 4 sur 210 ulcères. Le seul cas que nous ayons noté<sup>1</sup> avait trait à un homme de 56 ans qui racontait une histoire ulcéreuse typique avec périodes douloureuses et hématomésés à plusieurs années de distance. Les radiographies en série furent muettes mais l'examen au gastroscope nous permit de découvrir, en pleine face antérieure dans sa partie moyenne, un petit ulcère de quelques millimètres entouré de plis radiants. Ces ulcères de la face antérieure sont certainement très rares, car c'est de toutes les parois gastriques, celle qui est la plus facile à inspecter scrupuleusement.

#### II. — ULCÈRE DE LA GRANDE COURBURE

L'ulcère de la grande courbure est très rare aussi.

1. Comme pour la face postérieure, ne sont pas comptés comme ulcères de la face antérieure ceux qui siègent sur la marge antérieure de la voie gastrique, à la jonction de la petite courbure et de la face antérieure (6 cas sur 100 ulcères).

Beaucoup d'auteurs avouent n'en avoir jamais observé (Handek et Faulhaber, Clairmont, Selesinger, Shinz, F. Ramond). Einsterer et Gloessner, Sommer, Lorenz en ont vu un seul cas. R.-A. Gutmann a pu en étudier 3 cas.

Chez notre malade (obs. 10), le syndrome clinique était constitué par des douleurs tardives discontinues dans la journée, mais continues dans l'année, sans poussées, ni accalmies (Cf. p. 56). L'examen radiologique était négatif. A l'endoscopie, on vit un ulcère très volumineux de la grande courbure à moitié caché dans les plis de la face postérieure et en partie recouvert par le lac muqueux. Fait surprenant, cet ulcère de plusieurs centimètres, se cicatrisa presque complètement en quelques semaines sous l'influence d'un traitement parathyroïdien et il ne resta plus qu'une lésion minime de quelques millimètres carrés.

Signalons qu'endoscopiquement il faut avoir soin pour ne pas méconnaître de tels ulcères de déplisser l'estomac le plus possible et de les dégager du lac muqueux qui pourrait les masquer, en basculant le malade vers la tête puis vers les pieds.

#### D. — ULCÈRE DE L'ANTRE

Le cas particulier des ulcères de l'antra prépylorique mérite de retenir notre attention. Ce type correspond aux ulcus juxta-pyloriques situés sur le versant gastrique. Classiquement ils sont très fréquents. Pour Bauer ce seraient les plus nombreux des ulcères gastriques. Saloz, Cramer et Moppert relèvent 158 ulcères prépyloriques ou pyloriques sur 350 cas, c'est-à-dire plus de 43 %. D'autres statistiques donnent des chiffres inférieurs : 12 % (16 cas sur 210) pour Hurst et Stewart, 12 % également pour Welsch, 14 % pour Martin, 25,5 % selon Mauser. Sur nos 100 ulcères, nous n'avons noté

que 4 cas d'ulcères certains, de l'antra et du pylore (versant gastrique) (obs. 13, 49, 36, 42). Deux de ces cas furent découverts par l'endoscopie (obs. 13 et 49) ; ils correspondaient l'un à un ulcère du versant antral du sphincter antri, l'autre à une lésion de la petite courbure antrale toute proche du pylore. Dans les deux autres cas, l'exploration endoscopique fut négative ; ils s'agissait une fois d'un ulcère sténosant par œdème antral qui simulait un cancer de l'antra ; l'autre cas avait trait à un ulcère du pylore visible radiologiquement et qui fut vérifié par l'intervention.

Il y a donc sur la fréquence de ces ulcères *discordance* nette entre les données gastroscopiques et les idées classiques. Quelle en est la cause ? Et où est la vérité ? Il est probable qu'elle se trouve entre les deux extrêmes. Et en voici les raisons :

La gastroscopie en découvrant un assez grand nombre d'ulcères invisibles radiologiquement sur la petite courbure a diminué d'autant le nombre relatif des ulcères de l'antra.

D'autre part, il ne faut pas se cacher que les ulcères antraux sont peu favorables à une étude endoscopique. Il est exceptionnel en effet que l'objectif de l'appareil pénètre dans l'antra. Le plus souvent l'extrémité du tube reste en amont du sphincter antri. A travers celui-ci, l'œil regarde les parois de l'antra fuyant vers le pylore comme on verrait un vestibule à travers une porte ouverte. Cette vision en perspective a de graves inconvénients ; les ulcères seront vus très obliquement et il sera presque toujours difficile d'en apprécier exactement la profondeur. S'ils s'entourent d'un bourrelet d'œdème, s'ils sont précédés d'un pli hypertrophié ou d'une contraction persistante, cette saillie, souvent minime arrête les rayons obliques et met l'ulcère situé en aval dans

l'ombre. On pourra peut-être soupçonner un ulcère mais on ne pourra l'affirmer. Enfin, dans un certain nombre de cas, il est impossible de voir la petite courbure antrale, ou même le pylore, cachés qu'ils sont par la saillie de l'angle gastrique.

Il y a donc là toute une série de causes qui minimisent le nombre des ulcères antraux visibles endoscopiquement.

Inversement, l'examen radiologique et même l'étude sur pièces opératoires ou nécropsiques ont tendance à augmenter le nombre des ulcères gastriques juxta-pyloriques.

En gastroscopie en effet, antre et corps sont facilement reconnaissables : la nette et franche saillie des piliers de l'antre forme une frontière précise. Or cette limite est invisible sur les clichés et manque sur le cadavre ou sur les pièces de résection. La rétraction habituelle aux ulcères de la petite courbure attire le pylore vers l'ulcère et sur le cliché comme au cours d'intervention, la tendance sera de qualifier de juxta-pylorique un ulcère situé tout près du pylore. Or cette lésion était peut-être primitivement fundique et ce n'est que secondairement qu'elle est devenue juxta-orificielle. Au gastroscopie il sera facile de juger de la localisation exacte de cet ulcère sur l'antre ou le corps de l'estomac en précisant sa topographie par rapport au sphincter de l'antre.

Il existe une deuxième cause d'erreur ; il faut se rappeler que sur pièces de résection les chirurgiens présentent fréquemment aux assistants des ulcères qu'ils désignent du nom d'ulcères pyloriques ; or il est habituel en pareil cas que, à l'examen histologique, on constate que ces ulcères, quel que soit l'aspect macroscopique de la pièce, sont creusés entièrement en zone brunnérienne,

c'est-à-dire duodénaux. Parfois même on les voit s'arrêter brusquement là où s'arrêtent les glandes pyloriques. Ces ulcères non gastriques situés au niveau ou en aval du pylore seraient évidemment invisibles à l'endoscopie.

Enfin, les ulcères juxta-pyloriques par le retentissement orificiel qu'ils déterminent entraînent des troubles précoces avec des signes de sténose pylorique et sont rapidement justiciables de l'acte opératoire. Ils échapperont difficilement aux statistiques. Au contraire un grand nombre d'ulcères de la petite courbure à distance du pylore ne détermineront que peu de troubles et guériront seuls sans que la preuve de leur existence ait été donnée. Ce sont précisément ces derniers ulcères que peut mettre en valeur l'examen au gastroscopie.

Ces causes d'erreur, dont les unes diminuent le nombre des ulcères antraux visibles endoscopiquement, dont les autres augmentent le chiffre des ulcères gastriques juxta-pyloriques, observés radiologiquement et opératoirement, expliquent les divergences considérables entre les statistiques classiques et les relevés endoscopiques sur la fréquence de ces ulcus. C'est pour ces raisons que nous pensons que c'est entre ces chiffres extrêmes que gît la vérité.

La symptomatologie des ulcères juxta-pyloriques est trop connue pour que nous y insistions.

Rappelons simplement le cas *des ulcères sténosants par œdème antral* et simulant radiologiquement et parfois gastroscopiquement un cancer antral (voir les formes pseudo-cancéreuses de l'ulcère p. 42).

#### E. — ULCÈRE SUR ESTOMAC DE FORME ANORMALE

Pour en finir avec ces diverses formes de l'ulcère suivant son siège dans l'estomac, signalons que la maladie

de Cruveilhier peut s'observer dans certaines anomalies de position et de forme de l'organe.

On a signalé des ulcères au fond de certains diverticules vrais de l'estomac, dans la hernie transdiaphragmatique (Collier) ou épigastrique. On a surtout noté sa fréquence dans l'estomac en U renversé (Louste, Fatou et Lucy) ou en point d'interrogation qui accompagne certaines éventrations diaphragmatiques gauches (Bouchut et Francolin, Barsony et Koppelstein, Harvier). Dans ces cas et à condition de faire au préalable une étude radiologique minutieuse et d'opérer avec une grande prudence, on peut pratiquer une gastroscopie. Celle-ci pourra fournir alors des renseignements importants sur l'ulcus greffé sur l'anomalie gastrique, sur son siège exact, sa forme, sur la gastrite associée. C'est ainsi que récemment R. Chevallier a publié une remarquable observation de ce type dans laquelle il a pu affirmer au gastroscopie un tel ulcère, puis observer après aminothérapie, d'abord la disparition de la niche radiologique, mais avec persistance de la lésion à l'examen direct, puis quelques mois après, cicatrisation complète objectivée par l'endoscopie.

#### F. — ULCÈRES MULTIPLES

Les ulcères multiples sont relativement communs puisque sur 100 ulcéreux gastriques ou duodénaux, Moutier note les chiffres suivants :

- 20 ulcères duodénaux uniques ;
- 58 ulcères gastriques uniques ;
- 22 ulcères multiples.

Ces 22 ulcères multiples comprennent :

- 10 ulcères gastriques et duodénaux ;
- 10 ulcères gastriques multiples ;
- 2 ulcéreux porteurs à la fois de 2 ulcères gastriques et d'un ulcère duodénal.

Ce chiffre de 22 % n'est d'ailleurs qu'un minimum puisque aussi bien pour l'estomac que pour le duodénum, certains ulcères ont pu échapper à l'examen radiologique et endoscopique. Il est cependant nettement supérieur aux chiffres donnés par Saloz, Cramer et Moppert (9 %) et par Judd et Proctor (6 %).

Le nombre des ulcères multiples est variable ; mais jamais Moutier n'en a vu coexister plus de 3.

Il convient de distinguer les ulcères multiples siégeant à distance l'un de l'autre (cardia et angle gastrique ou bien estomac et bulbe par exemple) et ceux qui se sont creusés côte à côte.

Les ulcères *voisins* n'ont aucune particularité clinique. Ils peuvent donner aussi bien un syndrome typique (obs. 3, 25, 54) que des signes non ulcéreux (obs. 2, 28). Comme pour les ulcères uniques, il peut y avoir dissociation entre les rayons X et l'endoscopie. Il est rare que l'examen radiologique découvre plusieurs niches alors que l'exploration endoscopique ne montre qu'un ulcus. Le plus souvent les ulcères multiples de voisinage sont des découvertes d'endoscopie. Celle-ci montre 2 ou 3 ulcérations alors que la radiologie ne donnait qu'une seule niche ou même était muette. Qui plus est, dans une niche parfois volumineuse mais unique, elle peut déceler plusieurs ulcères. C'est ainsi que dans un cas Moutier a pu voir au fond et sur les parois d'une bourse diverticulaire de grandes dimensions, trois ulcères juxtaposés. Voir aussi la planche III, fig. 4.

Ces ulcères peuvent être d'aspect identique ou au contraire très différents par leur profondeur, l'un étant creux, l'autre plat par exemple, ou par leur taille (obs. 2). De même ils ne sont pas toujours au même stade évolutif, l'un pouvant être en pleine poussée évolutive, l'autre ayant l'aspect d'un ulcère en sommeil.

Ce fait avait déjà été observé jadis par Cruveilhier dans ses études anatomiques. Dans le même ordre d'idées, il est fréquent sur les pièces de gastrectomie de noter autour d'un ulcère en évolution une ou plusieurs cicatrices d'ulcus facilement reconnaissables.

La muqueuse qui entoure ces ulcères est variable, tantôt macroscopiquement normale, tantôt et plus souvent enflammée, boursouflée par l'œdème. Certains d'entre eux sont même logés dans une véritable tumeur œdémateuse (obs. 19).

C'est surtout à propos de ces ulcères multiples et voisins que se pose la question du diagnostic de l'ulcère et de la *gastrite érosive*. Habituellement la discrimination est facile : les ulcérations de la gastrite sont superficielles, multiples, petites. Les ulcères ont des caractères inverses : ils sont plus profonds, peu nombreux (2 ou 3 ulcérations au maximum), plus étendus, et leur siège de prédilection est la petite courbure moyenne et la face postérieure. Cependant, il est des cas où le diagnostic peut être très difficile. Rappelons qu'il existe tous les intermédiaires entre les érosions les plus discrètes et les ulcères les plus typiques. Pour Konjetzny même, l'ulcère n'est que l'extension vers la profondeur d'une érosion gastritique, pathogénie d'ailleurs discutable. Inversement un ulcère en voie de guérison forme une perte de substance minime et superficielle qui rappelle tout à fait une érosion banale. A côté des cas tranchés les plus nombreux, il y a donc des cas limite, dans lesquels il est impossible de conclure avec certitude. C'est seulement l'étude histologique montrant la destruction ou l'intégrité de la *muscularis mucosae* qui permettrait alors de certifier l'ulcère ou l'érosion.

Ces ulcères gastriques voisins n'ont en eux-mêmes que

peu d'intérêt pratique car ils ne modifient en rien ni le pronostic ni le traitement de la lésion.

Au contraire les *ulcères situés à distance* l'un de l'autre posent des problèmes plus importants. Diverses associations peuvent être réalisées.

La coexistence sur le même estomac d'un ulcus pylorique et d'un ulcus de la petite courbure a été particulièrement étudiée par X. Delore, Mallet-Guy et Ducroux, en France, par Judd et Proctor, en Amérique. Leur évolution se fait parfois vers une double sténose pylorique et médio-gastrique.

Une autre association moins fréquente est celle d'un double ulcère juxta cardiaque et du corps de l'estomac. Nous avons pu en observer un cas (obs. 37). La lésion sous-cardiaque coexistait avec un ulcère de la face postérieure basse. Ces deux ulcères qui donnaient un syndrome ulcéreux franc et avaient été méconnus radiologiquement furent découverts au gastroscopie. Ils évoluèrent l'un et l'autre vers la cicatrisation en quelques mois sans jamais donner de retentissement orificiel.

Les ulcères « conjugués » les plus fréquents sont ceux qui additionnent une lésion du bulbe et de l'estomac (obs. 14, 25, 52). En général l'ulcus duodénal est reconnu sur les clichés ; la lésion gastrique est muette radiologiquement et représente une découverte de l'endoscopie ou de l'exploration gastrique systématique que doit toujours faire le chirurgien même quand il intervient pour un ulcère bulbaire manifeste. Ces ulcères gastriques associés à des ulcères duodénaux sont en général des pertes de substances plates ou fissuraires, superficielles, d'où leur mutisme radiologique. Ils donnent l'impression d'ulcères peu évolutifs et il est probable d'après ces caractères qu'ils sont secondaires à l'ulcère duodénal,

peut-être par suite des troubles du fonctionnement pylorique que déterminerait celui-ci.

Les ulcères multiples évoluent tantôt parallèlement, tantôt isolément avec alternativement poussée évolutive sur l'un et l'autre ulcère (ulcère à bascule).

Ces ulcères gastriques ou gastro-duodénaux multiples, n'ont pas qu'un intérêt de bilan et de pathogénie. Ils posent aussi des problèmes thérapeutiques délicats sur lesquels nous ne pouvons nous étendre. Il faudra en effet tenir compte de la double localisation pour ne pas aller à des erreurs opératoires. C'est ainsi par exemple que l'excision d'un ulcère duodénal n'est pas logique s'il s'y associe une autre lésion ulcéreuse de la petite courbure. Pour X. Delore le traitement de choix de ces ulcères multiples serait habituellement la gastrectomie large qui emporte les deux lésions. Il faudra donc s'efforcer de reconnaître ces ulcères conjugués. On aura soin de chercher sur les clichés, même quand il y a un ulcère évident, une autre perte de substance. De même le chirurgien en cours d'intervention devra toujours penser à la possibilité d'ulcères multiples. Enfin, il faut souligner l'intérêt de la gastroscopie qui, permet de faire un bilan gastrique souvent plus complet et plus précis que la radiologie.

Les ulcères peuvent être multiples non dans l'espace, mais dans le temps. Ces ulcères gastriques récidivants sont bien connus et nous en avons étudié les aspects endoscopiques plus haut (p. 80). Leur récurrence peut se faire sur la cicatrice de l'ulcère antérieur ou à quelque distance. Certaines de ces formes récidivantes méritent vraiment le nom de maladie ulcéreuse. Telle l'observation n° 20 où l'on vit se produire successivement un ulcère du bulbe qui fut opéré (gastrectomie) puis un ulcère de l'anastomose gastro-duodénale, puis un ulcère de la face postérieure.

## CHAPITRE IV

### ASPECTS ANATOMIQUES ATYPIQUES



## ASPECTS ANATOMIQUES ATYPIQUES

Nous avons déjà envisagé un certain nombre d'aspects anatomiques gastroscopiques inhabituels de l'ulcère gastrique. C'est ainsi qu'ont été étudiés au chapitre des dissociations radio gastroscopiques les bourses diverticulaires et les ulcères cavitaires (p. 61 et seq.) de même les ulcères sur tumeur inflammatoire et les ulcères dormants ont été décrits ailleurs (p. 40 et 83). Nous ne retiendrons dans ce chapitre que les ulcères atypiques par leurs dimensions très faibles ou géantes et les ulcères plats.

### A. — ULCÈRE NAIN

Le diamètre moyen de l'ulcère gastrique est d'un centimètre environ. Mais il est des ulcères beaucoup plus petits et d'autres beaucoup plus étendus atteignant 8-10 centimètres et même davantage.

Les ulcères nains (pl. III, fig. 2) dont certains ne dépassent 2 ou 4 mm. de diamètre sont assez fréquents et ont un intérêt pratique important.

Cliniquement, ils ne se différencient en rien des autres ulcères. Ils peuvent donner comme eux tantôt des syndromes typiquement ulcéreux (obs. 7, 25, 47, 49) ; tantôt des signes de dyspepsie non ulcéreuse (obs. 2 et 11). Parfois ils se manifestent sous le masque d'un cancer gastrique. Enfin dans certains cas, une hématomèse est le premier symptôme.

Radiologiquement, ces ulcères sont le plus souvent

invisibles (sauf lorsqu'ils déterminent la formation d'une bourse diverticulaire (obs. 11 et 16), susceptible de se remplir de baryte ou qu'ils s'entourent d'un œdème important). C'est dire qu'ils seront assez souvent des découvertes de gastroscopie. Parfois ces ulcères sont entourés de plis radiants (obs. 47), ce fait témoignant sans doute d'une évolution déjà longue.

Quelle que soit la dimension de ces ulcères, on retrouve toujours histologiquement les caractères essentiels de la maladie de Cruveilhier : disposition en entonnoir renversé de la perte de substance, section de la *muscularis mucosæ*, effondrement plus ou moins complet de la musculieuse, laquelle se redresse vers la muqueuse.

Des ulcères nains, rapprochons les ulcères *fissuraires*<sup>1</sup> qui ont les mêmes caractères radiologiques : invisibilité fréquente sauf quand les réactions péri-ulcéreuses épuisent les bords ou quand ils sont strictement marginaux (formation d'une spicule).

Nous n'avons pas observé de tels ulcères dans la région antrale. Par contre, nous avons pu en étudier 9 dans le fundus et la région sous-cardiaque. Tous ces ulcères furent muets radiologiquement. Six fois leur siège était la petite courbure moyenne ; deux fois ils s'étaient creusés dans la région juxta-cardiaque ; une fois enfin il s'agissait d'un ulcus de la face antérieure. Aucun de ces ulcères n'avait de caractère particulièrement algique ; cinq de ces malades avaient un syndrome ulcéreux typique (obs. 3, 9, 23, 47, 52) ; deux fois on avait pensé à

1. Anatomiquement, il convient de distinguer les ulcères fissuraires qui sont peu creusants et les ulcères linéaires ou en fente, qui bien que très étroits s'avancent très profondément dans la paroi gastrique. Ces derniers, que décrit G. Lion, ont, selon cet auteur, deux autres caractères essentiels : leur siège de prédilection prépylorique, leur caractère particulièrement algique. En gastroscopie, il est impossible de connaître la profondeur exacte d'un sillon ulcéreux, et la distinction précédente ne peut être conservée.

une gastrite banale (obs. 12 et 21); chez un malade on pensa à un cancer de l'estomac (obs. 5); le dernier enfin (obs. 41) avait présenté un seul symptôme, une hématomatémèse.

De ces ulcères fissuraires (au moins de ceux qui siègent dans le corps de l'estomac) retenons donc l'absence de symptomatologie clinique bien particulière, la difficulté du diagnostic radiologique et l'importance de l'examen endoscopique. Cet examen présente d'ailleurs quelques difficultés : l'ulcère peut être masqué par le surplomb d'un pli, perdu entre deux plis hypertrophiés. Il peut être difficile à découvrir dans un estomac hypertonique supportant mal la distension comme le sont beaucoup d'estomacs ulcéreux.

Parmi ces ulcères petits ou fissuraires, signalons que deux d'entre eux se manifestèrent par des hématomatémèses (obs. 41 et 50). Dans un cas, il s'agissait d'un ulcère fissuraire du cardia, dans l'autre d'un ulcère de la face postérieure de 3 à 4 mm. de diamètre, développé chez un syphilitique ancien. Chez ces deux malades, fait surprenant, il n'y avait aucun signe dyspeptique antérieur qui rappelât l'ulcus ou même une gastrite simple. Le premier malade accusait seulement un peu de ballonnement après les repas. Chez le deuxième, l'hématomatémèse survint sans prodromes. Et ces deux ulcères furent des découvertes d'endoscopie. Un des malades (n° 50) put être gastroscopé une deuxième fois, 4 mois après, ayant subi un traitement anti-syphilitique ; l'ulcération antérieure avait complètement disparu.

On ne peut manquer d'être frappé de la ressemblance de ces cas avec ce que Dieulafoy décrivit en 1898 sous le nom d'*exulceratio simplex*. On en retrouve les caractères essentiels : survenue brusque chez des sujets indemnes de tout antécédent gastrique, hématomatémèses

*Planche III.*

1. *Ulcère plat*, situé à 4 cm. du cardia sur la face postérieure et creusé sur un fond de gastrite mamelonnée.
2. *Ulcère nain*, au voisinage de l'angle gastrique.
3. *Ulcère géant* de la petite courbure-face postérieure de 4 ou 5 cm. de large, très profond, dont le fond (qui était formé par le pancréas) était recouvert d'une fausse membrane blanchâtre.
4. *Ulcère* de la petite courbure-face postérieure, logé au fond d'une bourse diverticulaire. Au-dessous de l'ulcère partiellement masqué par les froncements de la paroi, on voit un deuxième ulcère plus petit et plat.
5. *Ulcère tumoral*, de la petite courbure-face antérieure. L'ulcère [petit et profond est creusé au milieu d'une volumineuse tumeur oedémateuse.
6. *Oedème inflammatoire de l'antré*; celui-ci est atrésié, immobile, rigide. On avait pensé à une tumeur maligne mais l'intervention montra qu'il s'agissait d'un ulcère pylorique, sans dégénérescence.

(Tous ces dessins nous ont été prêtés par le Docteur F. MOUTIER, que nous remercions bien vivement.)

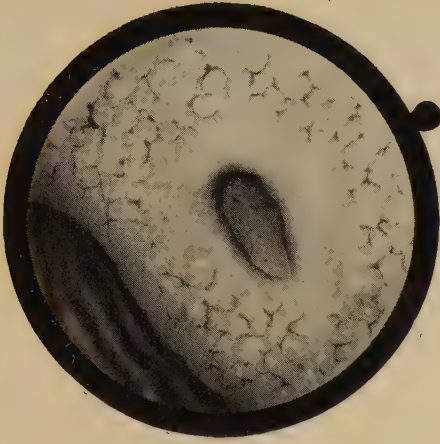


Fig. 1.

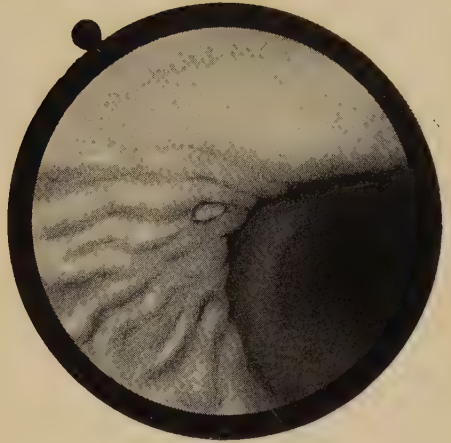


Fig. 2.

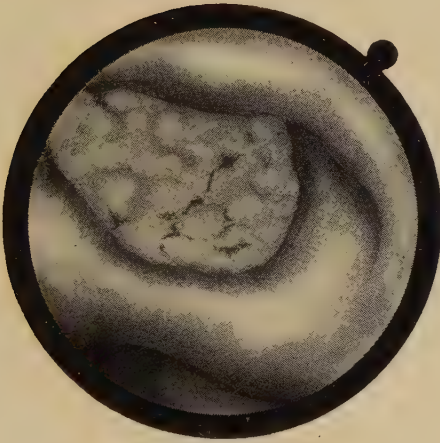


Fig. 3.



Fig. 4.

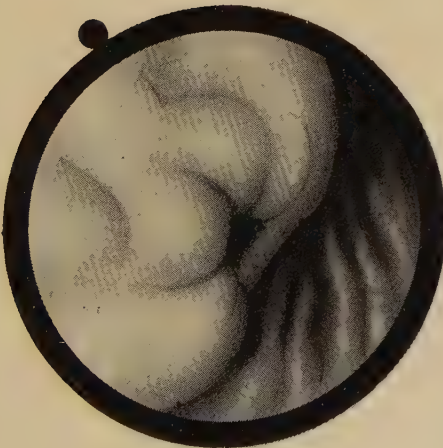


Fig. 5.

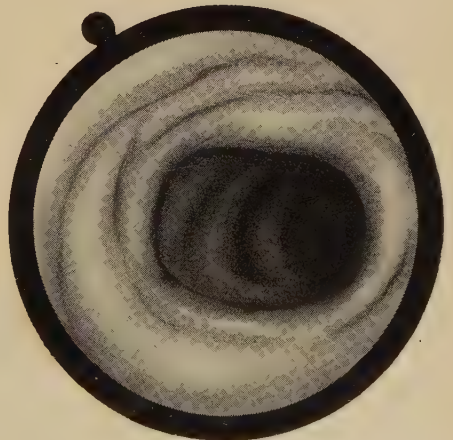


Fig. 6.



abondantes, et à l'examen anatomique ulcération petite et superficielle, unique. Par contre, dans nos 2 cas, il ne s'agissait pas comme le décrivit Dieulafoy de sujets jeunes, mais d'adultes (49 et 50 ans) et la muqueuse qui avoisinait l'ulcère était nettement pathologique (œdème et aspect succulent de la muqueuse péri-ulcéreuse dans le premier cas, gastrite mamelonnée très nette chez le deuxième malade). D'ailleurs selon Texier et Clavel qui ont relevé dans la littérature une quarantaine d'observations d'exulceratio simplex, très peu de cas correspondent à la description princeps de Dieulafoy. Souvent il s'agit d'adultes âgés et non de jeunes ; souvent il y a des antécédents gastriques plus ou moins nets ; autour de l'ulcération, les lésions gastritiques sont plus ou moins marquées comme l'avait déjà signalé Tripier (1898).

Peut-être faudrait-il donc ranger ces deux cas non dans les ulcères, mais dans les érosions aiguës. En fait la question est très difficile à trancher en l'absence d'examen anatomique ; il s'agit de cas-limite peut-être même de différents stades d'une même lésion.

#### B. — ULCÈRES GÉANTS

Des ulcères géants avaient été signalés par Van der Weil, Cruveilhier, Mathieu et Debrovici, Dufour, Bœkel, mais c'est à Mathieu et Moutier que revient le mérite de leur individualisation (1919). Ces ulcères présentent un certain nombre de particularités qu'il convient de signaler.

La perte de substance peut être énorme : une paume de main (Crohn), 6 cm. sur 11 (Burger et Merrel) 19 cm. × 10 (Peabody). Les 4 cas que Moutier a pu observer endoscopiquement, sans avoir des dimensions aussi considérables, atteignaient 5 ou 6 cm. au moins (obs. 10, 30, 33 et 34).

Une des particularités cliniques d'un certain nombre d'entre eux est leur *latence*. Il est probable qu'ils se sont formés peu à peu en quelques mois ou quelques années. Or souvent, quand on voit ces malades, leur histoire clinique ne date que de peu de temps. Dans l'observation n° 30 par exemple, les troubles dyspeptiques avaient commencé 6 mois auparavant seulement ; mieux encore, chez un autre malade (obs. 33 <sup>1</sup>), le début clinique remontait à 6 semaines seulement et par l'interrogatoire on ne relevait que quelques vagues crises intermittentes durant depuis 20 ans qui n'avaient jamais nécessité aucun traitement. Cependant il n'en est pas toujours ainsi et chez deux autres malades, l'histoire clinique était ancienne mais toujours assez atypique : dans un cas, les douleurs étaient continues depuis 5 ans, sans aucune sédation (obs. 10) ; dans l'autre, il y avait bien des périodes de douleurs tardives mais elles étaient irrégulières.

Latents pendant longtemps, ces ulcères géants quand ils commencent à se manifester évoluent parfois très rapidement vers un tableau de cachexie pseudo-cancéreuse, où dominent les signes d'ordre général. C'était le cas dans l'observation 33 où en 6 semaines le malade perdit 11 kgs. et s'affaiblit considérablement. Cependant ce retentissement général n'est pas constant.

*Radiologiquement* ces ulcères sont presque toujours parlants et donnent d'énormes niches qui répondent à la perte de substance elle-même, contrairement à ce qui se passe pour la plupart des autres ulcus. Dans un seul de nos cas l'ulcère fut méconnu radiologiquement mais

1. Ce malade avait été envoyé au D<sup>r</sup> Moutier par le D<sup>r</sup> A. Girault. Son observation a été publiée en détail par P. Duval, A. Girault et H. Béclère : ulcère géant de la petite courbure à évolution latente. Gastrectomie, guérison. *Arch. des Mal. de l'app. digestif*, XXIII, 1933, p. 892.

il s'agissait d'un ulcus de la grande courbure (obs. 10) dont on connaît toute la difficulté du diagnostic radiologique.

L'atteinte générale, l'importance de la niche qui prend parfois un aspect marécageux, la perception possible d'un empâtement pylorique (obs. 35) conduisent en général au diagnostic de cancer de l'estomac.

Le *siège* de ces ulcères est avant tout la face postérieure basse, mais avec extension soit vers la petite, soit vers la grande courbure. Cette localisation explique certaines particularités endoscopiques de ces ulcères.

La *gastrosco pie* (Pl. III, fig. 3) est en général facile, car fait paradoxal, ces estomacs n'ont ni hypertonie, ni spasme, ni intolérance à l'air. Par contre l'examen de l'ulcus lui-même est rendu souvent difficile par l'existence d'un bourrelet qui, s'il siège sur la petite courbure peut arrêter la progression du tube ou masquer partiellement les lésions. Dans ces cas la table basculante est souvent indispensable pour mieux dégager et étudier la perte de substance et ses bords.

Les bords de l'ulcère sont souvent œdémateux ; l'infiltration pariétale s'étend sur 4 ou 5 cm. parfois (obs. 30), et surélève le pourtour de l'ulcération qui paraît ainsi plus profonde. Par contre, il ne paraît pas y avoir de spasmes péri-ulcéreux, pas de bourses ni de gouttières de contraction. Le fond de l'ulcère est souvent recouvert par une fausse membrane d'un blanc plus ou moins éclatant ; parfois il présente des bosselures correspondant aux acini pancréatiques. En effet, siégeant électivement sur la face postérieure, cet ulcère finit presque toujours par s'ouvrir dans le pancréas.

Notons — et c'est là un fait commun à tous les ulcères en général, mais particulièrement net pour les ulcus géants — que les lésions paraissent moins pro-

fondées sur pièces de résection qu'à l'examen endoscopique à cause de l'affaissement et de l'élargissement des lésions, phénomènes dus à la disparition de la tonicité du tissu vivant, à la déplétion vasculaire et à la suppression du substratum pancréatique.

En raison de leurs dimensions, la guérison de ces ulcères est exceptionnelle. Cependant dans l'observation n° 10, sous l'influence du traitement, l'ulcération diminua de moitié en un mois. La mort a pu survenir très rapidement par hématomèse (Burger et Merrel).

Pour beaucoup d'auteurs ces ulcères auraient plus de tendance que d'autres à la cancérisation. Et même Alvarez, Carpentier et Mac Carty soutiennent que quand un ulcère dépasse 3 cm. 5 c'est presque sûrement un cancer. Ces conclusions sont très exagérées. Un grand nombre de ces ulcères géants ne présentent pas à l'examen histologique de signe de dégénérescence ; il en était ainsi dans les observations 30, 33 et 34. Il en était de même dans diverses observations publiées (Gutmann ; Pauchet, Luquet et Hirschberg ; Burger et Merrel).

#### C. — ULCÈRE PLAT

L'aspect endoscopique de l'ulcère plat ne rappelle que d'assez loin l'aspect de l'ulcère classique (Pl. III, fig. 1). Ici, ni perte de substance importante, ni aspect en entonnoir ; seulement une ulcération plate qui ne détermine presque aucune dépression, qui, dans certains cas, est comme « peinte » sur la paroi de l'estomac (Moutier).

L'on pourrait même se demander si ces ulcères, dont le fond est presque de niveau avec le reste de la muqueuse gastrique, sont de véritables ulcères de Cruveilhier. Seul l'examen histologique pourrait affirmer qu'il s'agit bien d'ulcus et non d'ulcérations superficielles persis-

tantes en montrant le signe caractéristique de l'ulcus, la disparition de la muscularis mucosæ au niveau de la lésion. Cependant même en l'absence d'un tel examen, on doit faire entrer dans le cadre de la maladie de Cruveilhier ces ulcères plats pour de nombreuses raisons : la symptomatologie est franchement ulcéreuse dans nombre de cas ; l'évolution vers des ulcères typiques ou inversement l'évolution d'ulcères typiques vers ces ulcères plats est fréquente; ils siègent dans les zones d'élection de l'ulcère ; ils sont uniques et durent des semaines ou des mois ; enfin quand on les opère, on constate la structure typique de l'ulcus. On ne peut néanmoins manquer de noter la différence considérable qu'il y a entre ces ulcères superficiels, lésion minuscule en elle-même, et les ulcères térébrants qui perforent les parois gastriques, s'ouvrent dans le péritoine ou les organes voisins, s'entourent d'adhérences, s'infiltrent d'œdème.

La *fréquence* de ces ulcères est considérable, puisque sur 87 ulcères, Moutier note 47 ulcères plats ou fissuraires. Les ulcères creux et en bourse représentent les autres cas.

*Cliniquement*, ces ulcères ne présentent aucune particularité ; autant que les autres, ils peuvent donner des syndromes typiques (obs. 4, 7, 8, 37, 38, 57, 59), ou non (obs. 1, 15, 40, 45...).

Comme les autres, leur siège d'élection est la petite courbure et peut être plus souvent que pour les autres, nous semble-t-il, la région de l'angle gastrique et des piliers.

*Radiologiquement*, nous l'avons déjà signalé, en raison de la très faible dépression qu'ils déterminent, ces ulcères sont en général invisibles aux rayons sauf quand ils sont strictement marginaux ou quand les contractions péri-ulcéreuses déterminent passagèrement la formation d'une cavité ou d'une bourse diverticulaire. Même par

la méthode plus sensible des couches minces, il est peu probable que beaucoup de ces ulcères puissent être reconnus ; il ne paraît pas en effet à l'examen direct, qu'il y ait souvent autour de ces ulcères plats des modifications appréciables dans la structure des plis.

*Endoscopiquement* leur marque essentielle est d'avoir habituellement les caractères des ulcères au repos. L'estomac est calme, tolérant à l'air, parfois même hypotonique (obs. 43). La zone péri-ulcéreuse ne présente ni gastrite, ni œdème, ni contraction. L'ulcère lui-même a un fond propre, détergé, grisâtre ou jaunâtre, parfois ponctué de points rougeâtres. Les limites sont parfois imprécises sur tout ou partie du pourtour, ce qui témoigne d'un début d'épithélisation périphérique.

Ces ulcères sont en effet ceux dont la *guérison* est la plus rapide. En quelques mois (4 mois dans les obs. 35 et 37, 2 mois chez le malade n° 43, quelques semaines dans l'obs. 54), l'ulcération guérit laissant ou non une cicatrice. Mais il est très difficile, nous l'avons vu, de savoir si la cicatrisation est définitive ou seulement temporaire, l'ulcère récidivant ultérieurement.

La rapidité et la fréquence de la guérison de ces ulcères plats doit nous conduire à les traiter avant tout médicalement.

Ils sont cependant susceptibles de complications graves pouvant conduire à l'intervention chirurgicale. C'est ainsi qu'on peut être amené à opérer ces malades pour gastrorragies abondantes dues à la térébration d'une artériole de la paroi gastrique. Quoique rares, ces cas ont une portée pratique importante.

Il est certain en effet que quelques-uns de ces ulcères, petits ou plats, entourés d'un minimum de réaction inflammatoire sont indécélables à l'examen *extérieur*

de l'estomac. Tous les ulcères ne déterminent pas en effet cette périgastrite intense qui, au cours de l'intervention, attire aussitôt l'attention sur un ulcus facile d'ailleurs à percevoir au palper. Certains ne donnent aucune tache nacréée, aucun froncement de la paroi, aucune adénopathie à l'inspection et même au palper aucun épaissement, signes habituels sur lesquels se fonde le diagnostic d'ulcère en cours d'intervention. Il semble que de tels ulcères soient avant tout des ulcères jeunes, petits, non calleux, parfois véritables ulcères aigus<sup>1</sup>. C'est ainsi que dans une observation de Patel et Desjacques, l'ulcère qui avait cependant 10 mm. sur 15 mm. et qui ne se traduisait par rien à l'examen extérieur de l'estomac, était un ulcère plat. Or cet ulcère entraîna la mort par hématomèse. Cette méconnaissance de l'ulcère au cours de la laparotomie peut avoir des conséquences graves. Le chirurgien, opérant avec l'idée de maladie de Cruveilhier et ne trouvant rien d'apparent, redoute l'erreur du diagnostic et hésite sur la conduite à tenir, conduite dont dépend la vie du malade, s'il s'agit d'hémorragie par ulcération artérielle. Aussi Finsterer, Delore, Tixier et Clavel, conseillent-ils pour ne pas laisser échapper un ulcère de pratiquer le palper à main nue, de faire un décollement colo-épiploïque pour explorer l'arrière cavité, au besoin de faire une gastrotomie exploratrice en se rappelant que ces ulcères imperceptibles au palper siègent surtout au niveau de l'insertion du petit épiploon et sur le versant postérieur de la petite courbure (Tixier et Clavel).

Pour éviter ces manœuvres qui prolongent l'interven-

1. Tixier et Clavel en faisant leur relevé statistique des hémorragies gastro-duodénales graves trouvent cependant 3 cas d'ulcères calleux découverts seulement à l'autopsie, l'exploration opératoire ayant été négative.

tion, il serait du plus haut intérêt et quand elle *n'est pas contre-indiquée*<sup>1</sup>, de faire une gastroscopie qui pourra localiser avec précision l'ulcère et guider la main du chirurgien.

Une observation récente de R. Chevallier illustre clairement l'intérêt de la gastroscopie dans ces cas. Sur un malade qui présentait un syndrome ulcéreux atypique avec hypochlorhydrie, et chez lequel l'examen radiologique et la laparotomie exploratrice avaient été négatifs, une gastroscopie ultérieure permit de découvrir un ulcère de la petite courbure sans gastrite péri-ulcéreuse, diagnostic qui fut confirmé ultérieurement par la gastrectomie. Il est probable qu'une gastroscopie faite avant la première opération aurait permis de donner au chirurgien un diagnostic sûr et un siège précis des lésions et aurait évité une des deux interventions.

Ainsi donc l'étude endoscopique de ces ulcères petits et plats nous a permis d'insister sur plusieurs faits essentiels : leur grande fréquence qui fait que près de la moitié des ulcères revêtent un tel aspect ; leur difficulté de diagnostic sans le contrôle endoscopique ; leur évolution très fréquente vers la guérison. C'est en grande partie, grâce à la découverte de ces ulcères plats que la maladie ulcéreuse nous paraît à la fois beaucoup plus commune et beaucoup plus curable spontanément que jadis.

---

1. La gastroscopie est naturellement contre-indiquée chez les malades qui viennent de faire des gastrorragies importantes de peur de réveiller un nouveau saignement.

## CHAPITRE V

### FORMES ATYPIQUES DIVERSES



## FORMES ATYPIQUES DIVERSES

Sur les quelques formes atypiques qu'il nous reste à décrire, nous serons très brefs. Elles sont bien connues et nous nous placerons dans leur étude avant tout au point de vue du diagnostic gastroscopique. Nous décrirons ainsi successivement :

l'ulcère tardif ;

l'ulcère traumatique ;

l'ulcère à douleurs anormales par leur intensité ou leur siège ;

les ulcères compliqués ;

l'ulcère atypique et la gastrite ;

les ulcères achlorhydriques.

### A. — L'ULCÈRE TARDIF

L'ulcère chez les gens âgés est de fréquence non négligeable. Moutier sur 632 hommes ulcéreux trouve 15,5 % de sujets de plus de 50 ans, et sur 380 femmes atteintes d'ulcus, 6,8 % ont dépassé cet âge. Saloz, Cramer et Moppert indiquent des chiffres analogues ; sur 224 malades, 22 % ont plus de 50 ans. De 61 à 70 ans il y a encore 12 ulcéreux (soit 5 %). Toutes ces statistiques se rapportent non à des ulcères gastriques seuls mais à des ulcus gastro-duodénaux. Gutmann a de nouveau récemment insisté sur cette notion de la fréquence relative d'ulcus chez les gens âgés. Évidemment on ne doit faire entrer dans cette catégorie que les ulcères à

symptomatologie récente, « ulcères jeunes survenant sur des sujets vieux » (Pathault).

Ils peuvent évoluer avec l'allure ordinaire mais habituellement ils sont atypiques et le plus souvent prennent une allure cachectisante avec amaigrissement rapide, anorexie élective ou totale, et un minimum de signes fonctionnels gastriques : pas de douleurs vives, mais simples pesanteurs qu'augmentent plus ou moins le repas, les fatigues ; pas d'évolution par crises dans la journée ni par périodes dans l'année. Bref, on pense avant tout au cancer d'autant que parfois existe un empatement épigastrique dû à la réaction péritonéale qui entoure volontiers ces ulcères souvent de type calleux.

Et de fait sur les 10 ulcéreux de notre statistique de formes atypiques qui avaient plus de 50 ans, 5 fois, on s'orienta cliniquement vers un cancer gastrique, une fois seulement on pensa d'emblée à la maladie de Cruveilhier.

L'intérêt de la gastroscopie est alors évident<sup>1</sup>. Elle fournit souvent — mais non toujours — des renseignements décisifs. En montrant un ulcère typique, elle écarte la crainte du cancer ; elle éclaire de ce fait le pronostic ; elle évite à ces malades fatigués les aléas d'une intervention chirurgicale que l'on devrait en toute logique tenter si l'on soupçonne une tumeur maligne.

Dans ces ulcères des gens âgés, la fréquence de l'ulcéro-cancer a été discutée. Il ne semble pas si l'on s'en rapporte aux derniers travaux, qu'il soit moins

1. La gastroscopie est parfois impossible chez le vieillard du fait de scoliores ou de cyphoses accusées, ou d'exostoses prévertébrales qui arrêtent la progression du tube. Mais le plus souvent elle est facile, plus facile même que chez l'adulte, les réflexes pharyngiens étant habituellement très émoussés chez ces sujets. Nous avons personnellement gastroscopé plusieurs sujets de plus de 70 ans sans aucune difficulté.

rare que chez l'adulte. Beaucoup de vieillards ont des ulcus vrais sans dégénérescence.

Signalons que chez l'enfant, l'ulcère existe mais est rare. Au-dessous de quinze ans le faible calibre de l'œsophage, l'indocilité fréquente de l'enfant contre-indiquent la gastroscopie.

#### B. — ULCÈRE TRAUMATIQUE

L'existence de l'ulcère traumatique est très discutée. Certains l'admettent ; d'autres le nient. Il semble en tout cas qu'il soit très rare et qu'il faille des conditions très précises et rarement réalisées pour transformer une ulcération traumatique de l'estomac en maladie de Cruveilhier.

F. Ramond et P. Chêne ont insisté sur les conditions strictes dans lesquelles il convient d'admettre l'origine traumatique d'un ulcus : absence d'antécédents gastriques non seulement du type ulcéreux mais même simplement dyspeptiques ; traumatisme épigastrique violent, dont l'importance sera déterminée par l'intensité des phénomènes de shock associés ; apparition précoce de troubles gastriques (surtout hématomés) après l'accident et persistance de troubles dyspeptiques. Ces auteurs insistent aussi sur l'importance de la péri-gastrite associée qui explique l'intensité des douleurs, leur caractère transfixiant, leur augmentation par la position debout. Ces ulcères évoluent en général sans périodicité nette ; les troubles sont quasi permanents.

Il nous semble que c'est par l'étude endoscopique des traumatisés de l'abdomen ayant présenté des hématomés et gastroscopés quelques jours après l'accident puis quelques semaines après, que l'on pourra arriver à préciser d'abord l'existence de l'ulcère traumatique et peut-être les causes de son développement.

Même dans les cas en effet où les troubles ont réellement débuté après l'accident, on peut se demander si l'ulcère n'était pas préexistant au choc épigastrique qui n'a fait que déterminer une poussée évolutive.

Pour résoudre ce problème médico-chirurgical, il n'est qu'une méthode logique : celle de gastroscoper ces blessés tôt après le traumatisme. Ou bien on s'assurera ainsi de l'absence d'ulcération type Cruveilhier à cette période voisine de l'accident, et c'est l'observation ultérieure de ces sujets qui montrera s'ils font ou non un ulcère. Ou bien l'on découvrira un ulcère dormant dont l'aspect indiquera une lésion antérieure au traumatisme, et même si le blessé souffre plus tard on ne pourra parler vraiment d'ulcère traumatique.

Notre maître le Dr Moutier a eu l'occasion d'observer un cas d'ulcère gastrique traumatique dont l'observation n'est toutefois pas entièrement démonstrative puisque l'ulcère était cicatrisé quand le malade fut gastroscopé (obs. 18). Après un choc très violent à l'épigastre suivi d'hématémèse, le sujet qui n'avait jamais accusé de troubles dyspeptiques présenta des douleurs typiques tardives. L'exploration radiologique ne montrait rien d'anormal à l'estomac ; le duodénum fut suspect d'ulcère, à un premier examen, puis s'avéra normal ultérieurement. L'achlorhydrie était totale. La gastroscopie montra outre une gastrite mamelonnée, une dépression de la petite courbure près de l'angle gastrique, dépression dont le fond était recouvert d'une muqueuse normale. Il s'agissait là très vraisemblablement d'un ulcère de la petite courbure cicatrisé avec persistance d'une bourse diverticulaire, mais était-il antérieur au traumatisme ou avait-il été provoqué par lui ?

C. — *ULCÈRE A DOULEURS ANORMALES*  
*PAR LEUR INTENSITÉ OU LEUR SIÈGE*

Les douleurs et les vomissements réalisent parfois de véritables *crises tabétiques* que caractérisent leur début et leur terminaison brusques ou rapides, l'intensité des douleurs et l'importance des vomissements au cours de la crise, l'absence complète des troubles en dehors de celle-ci. Ces formes pseudo-tabétiques sont classiques (Mathieu; Babinski, Chauvet et Durand; Savignac et Alivisatos; Bonorino Udaondo, Casteigne et Gonatons).

Elles sont en général dues à des ulcus pénétrants de la petite courbure accompagnés de lésions de névrite des pneumogastriques ou des filets sympathiques; mais elles peuvent survenir comme l'ont constaté Babinski, Chauvet et Durand dans de petits ulcères.

Notre observation n° 38 est une démonstration de cette possibilité de crises tabétiques avec ulcères petits et superficiels. Les douleurs d'abord typiques et nettement ulcéreuses avaient pris par la suite un caractère tabétique avec douleurs intenses, vomissements incessants et atteinte générale. De multiples examens radiologiques avaient toujours été négatifs. L'endoscopie permit de découvrir un petit ulcère plat juxta-cardiaque, tout à fait net, expliquant les crises hyperalgiques.

Dans les cas douteux, la gastroscopie peut donc avoir un grand intérêt diagnostique.

De même, il y aurait lieu, croyons-nous, d'étudier systématiquement par ce moyen, les *tabétiques* qui font des crises viscérales gastriques. En associant cette méthode aux examens cliniques et radiologiques, on arrivera à mieux dépister les ulcères chez les tabétiques, problème classique qui n'a guère progressé et qui, on le sait, à une

certaine importance doctrinale, l'ulcère ayant été considéré chez ces malades comme une sorte de mal perforant gastrique<sup>1</sup>.

Il nous a été donné d'observer (obs. 60) chez un tabétique certain cliniquement mais à réaction de Wassermann négative dans le sang et avec symptômes humoraux de méningite syphilitique très discrets, un ulcère très net de la petite courbure haute à quelques centimètres du cardia. Cet ulcère était évident radiologiquement et donnait une niche manifeste. Les crises douloureuses avaient le caractère typique des crises tabétiques, mais elles étaient courtes et l'absence de troubles gastriques entre les crises douloureuses était inconstante. Cette association n'est pas exceptionnelle et a été signalée à plusieurs reprises (Exner et Schwarzmann, Fromont-Smith et Ayer, Loeper, Gutmann). Cette observation présente encore un autre intérêt, c'est que l'examen endoscopique montra bien un bombement œdémateux de la petite courbure, mais l'ulcère enfoui sous l'œdème resta invisible. Cet échec de la gastroscopie nous permet de souligner à nouveau la nécessité absolue de la collaboration entre la clinique, la radiologie et la gastroscopie. L'examen endoscopique en lui-même n'a de valeur que s'il est positif ; s'il est négatif, on ne peut en général rien en conclure.

A côté de ces formes hyperdouloureuses, il faut placer des ulcères atypiques par le siège des douleurs : rétro-sternales basses, uniquement dorsales, ou par leur caractère : sensation de défaillance, angoisse. Ces faits sur lesquels ont insisté Bouchut et Froment, Garin et

1. La gastroscopie ne sera évidemment pas employée au cours même des crises viscérales. Mais dès que la crise est terminée, l'examen endoscopique ne présente pas de difficultés spéciales, comme nous avons pu nous en assurer à plusieurs reprises.

Bernay, ont un grand intérêt car ces symptômes peuvent orienter vers tout autre chose qu'une affection gastrique. Dans ces cas, la gastroscopie en montrant l'ulcus permettra de rapporter à leur cause exacte ces algies atypiques.

De même la gastroscopie pourra être utile pour rattacher à l'ulcère gastrique, certaines formes vomitives de cette affection.

#### D. — ULCÈRE COMPLIQUÉ

**Sténose.** — Dans les sténoses pyloriques et médio-gastriques, la gastroscopie peut avoir un grand intérêt en montrant l'ulcère causal. Dans les sténoses pyloriques, on aura soin de toujours vider l'estomac de son liquide de stase ou d'hypersécrétion avant d'introduire le gastroscope ; on recherchera dans l'antrum un petit ulcus capable de déterminer la sténose ; souvent d'ailleurs l'ulcus causal n'est pas gastrique mais duodénal et invisible au gastroscope. Dans les sténoses médio-gastriques, l'ulcus siège en général dans la poche supérieure au voisinage immédiat de l'entrée du canal de communication, l'ulcère peut alors être visible à l'exploration endoscopique qui devra d'ailleurs être prudente.

**Hémorragies et perforations.** — Dans les hémorragies et perforations, la gastroscopie est évidemment contre-indiquée pendant la phase aiguë. Elle ne sera employée que plus tard, mais parfois avec grand profit.

C'est ainsi que chez les *ulcéreux opérés d'urgence* pour une perforation gastrique et chez lesquels on a pratiqué seulement un enfouissement de l'ulcère sans gastrectomie, il sera utile quelques semaines après de faire une gastroscopie qui permettra de préciser l'état de l'ulcère enfoui. Les constatations directes (cicatrisation ou per-

sistance de la lésion) commanderont en grande partie la thérapeutique ultérieure (traitement médical ou médico-chirurgical).

*Après une gastrorragie*, on ne sera autorisé à pratiquer une gastroscopie que dix à quinze jours après. L'examen devra être prudent <sup>1</sup>. Dans les ulcères déjà diagnostiqués, la gastroscopie n'a qu'un intérêt restreint : elle précise certains points (topographie, aspect de la lésion) ; mais malheureusement elle ne permet en général pas de savoir ce qui a saigné (ulcère, région péri-ulcéreuse, totalité de la muqueuse), l'examen étant fait par prudence alors que tout saignement a cessé. Au contraire dans les formes à début hémorragique, elle a un grand intérêt diagnostique. L'on sait que jadis toute hématomèse qui ne faisait pas sa preuve était presque automatiquement attribuée à l'ulcère ; il n'en est rien et beaucoup de gastrorragies ont d'autres origines. C'est ainsi que Gutmann sur 100 cas d'hématémèses (malades de consultation) note seulement 19 % d'ulcères. Mais avant d'affirmer qu'une hématomèse n'est pas ulcéreuse, il faut faire non seulement un examen radiologique minutieux mais aussi une gastroscopie très soignée. C'est d'ailleurs ce qu'avait fait Gutmann.

Ces ulcères hémorragiques sont en effet souvent atypiques cliniquement et radiologiquement.

*Cliniquement*, ces formes hémorragiques de l'ulcère ont comme caractère essentiel la tendance à la récurrence de l'hémorragie et le peu de signes associés. « Elles restent très souvent pures pendant toute leur évolution, le malade ne souffrant jamais ou à peine mais saignant à

1. Nous avons fait des gastroscopies chez de nombreux malades ayant eu des hématomèses ulcéreuses ou non, sans aucun incident, en particulier sans aucune reprise de l'hémorragie.

chaque crise, quel que soit l'intervalle des crises » (Moutier). Ces formes illustrent la loi de « constance symptomatique » de l'ulcère. D'autre part, même quand ces malades ont des douleurs, elles cessent dès que survient l'hémorragie (Bouveret), probablement sous l'effet d'une véritable « saignée locale » (Gutmann). Enfin dans certains cas, comme l'a noté Moutier, les douleurs peuvent prendre au cours de la poussée hémorragique un caractère continu. Cliniquement ces formes hémorragiques sont donc souvent oligo-symptomatiques.

*Radiologiquement*, elles sont fréquemment peu parlantes. Gutmann pense que la saignée locale fait disparaître l'œdème, et cela aussi bien dans le duodénum que dans l'estomac. L'ulcère est dès lors à plat et invisible aux rayons X. Dans un certain nombre de cas, la négativité de l'examen radiologique est due à la petitesse de l'ulcus (ulcus fissuraire ou en puits, ou ulcus plat superficiel, obs. 41 et 50).

La découverte par l'endoscopie d'un petit ulcère saignant aura des sanctions opératoires différentes de celles que comporte une gastrite hémorragique sans ulcère par exemple. Le caractère récidivant de ces hémorragies ulcéreuses incitera en règle générale à des opérations de résection. La localisation exacte de l'ulcère aura également un grand intérêt chirurgical : ce sont ces ulcus hémorragiques jeunes reviviscents ou récidivants qui donnent le moins d'induration et qui sont par conséquent les plus difficiles à reconnaître à l'examen extérieur de l'estomac au cours de l'intervention.

#### E. — ULCÈRE ATYPIQUE ET GASTRITE

Les rapports de la gastrite et de l'ulcère ont suscité des controverses passionnées. L'accord est loin encore d'être fait sur ce point entre les divers gastrologues.

Plusieurs théories sont en présence, mais leur exposé détaillé dépasserait de beaucoup le cadre de ce travail. Il faut simplement essayer de préciser si dans les formes atypiques de la maladie de Cruveilhier, la gastrite paraît jouer un rôle spécial.

Nous nous appuierons presque uniquement sur les *données endoscopiques* c'est-à-dire sur des examens de muqueuse gastrique faits à l'œil nu. C'est là un procédé certes imparfait et nous ne pouvons conclure de la constatation d'un aspect macroscopiquement normal de la muqueuse à l'absence de lésions de gastrite, les premiers stades histologiques de la gastrite passant certainement inaperçus de l'endoscopiste. Mais de tous les moyens d'exploration actuels, c'est, en dehors de l'examen anatomique, le seul capable de nous donner des renseignements précis et dont nous puissions faire état. En effet, les résultats du chimisme sont très inconstants et l'étude de la muqueuse gastrique à l'écran par le procédé des couches minces ne permet d'affirmer le diagnostic de gastrite que s'il y a des lésions grossières. Elle ne peut en préciser les modalités (P. Duval, J.-Ch. Roux, H. Béchère et Moutier ; H. Berg).

Ces réserves faites, l'on sait que la gastrite existe toujours à quelque degré dans la maladie de Cruveilhier. C'est une lésion extrêmement banale et l'on a pu tour à tour considérer que la gastrite était secondaire à l'ulcère (Hayem, Boas, Mathieu), qu'elle lui était primitive (Aschoff, Moskowicz, Konjetzny et Kalima, Orator, Puhl, Delore, et Mallet-Guy), enfin même qu'il n'y avait aucun rapport entre la gastrite et l'ulcère (Hauser). Il est probable que les 2 ordres de lésions réagissent l'une sur l'autre de manière étroite (Moutier).

Lésion d'une « banalité absolue » si l'on étudie des coupes histologiques d'ulcères, la gastrite est beaucoup

moins fréquente si l'on s'en rapporte aux données macroscopiques de la gastroscopie et si l'on se réfère aux statistiques françaises <sup>1</sup>. D'après Moutier elle n'existait que 7 fois sur 28 ulcères de la petite courbure, soit dans un cas sur 4. La gastrite accentuée était moins fréquente encore (12 % des cas). De même Gutmann et Moulonguet trouvent le plus souvent la muqueuse normale à l'endoscopie.

La fréquence de la gastrite macroscopiquement visible est-elle plus grande dans les formes atypiques ? Dans l'espoir de trouver des différences plus nettes, nous avons disjoint les cas de gastrite péri-ulcéreuse localisée et ceux dans lesquels la gastrite existe non seulement autour de l'ulcère mais à distance de lui. Il y a d'ailleurs tous les intermédiaires entre ces 2 formes, une gastrite péri-ulcéreuse vive s'accompagnant le plus souvent d'atteinte gastrite diffuse.

*La gastrite périulcéreuse* sur laquelle ont insisté Schindler, Holweg, Schmincke, Feissly, Rachet, est fréquemment visible à l'endoscope. Dans nos observation d'ulcères atypiques elle existait deux fois sur 5 environ. Mais elle manque dans plus de la moitié des cas ; et ce fait cadre peu avec les idées de ceux qui pensent que la gastrite fait le lit de l'ulcère. De même, il va à l'encontre de la thèse de Ide qui soutient que l'ulcère n'est douloureux que quand il se double d'une gastrite érosive. La plupart de nos malades furent gastroscopés au cours même de leur poussée ulcéreuse et les érosions ne furent observées que très rarement (1 fois sur 9 environ). La réaction la plus fréquente de beaucoup est l'œdème inflammatoire plus ou moins étendu. Nous en savons la

1. Il semble que la fréquence de gastrite soit beaucoup plus grande en Allemagne que dans notre pays, peut-être en raison d'habitudes alimentaires différentes (W. Walters, Gutmann).

valeur séméiologique importante ; il indique, quand il est marqué, un ulcère en poussée évolutive ; dans les ulcères en sommeil ou en voie de cicatrisation, son absence est la règle. Il joue également un rôle important dans la formation des tumeurs œdémateuses et des niches radiologiques. Moins fréquents sont les états mamelonnés (6 cas), les réactions érythémato-pultacées (3 cas), certaines érosions (3 cas). Mais la confrontation avec l'histoire clinique de l'ulcère correspondant ne fournit aucun renseignement. A un type de gastrite péri-ulcéreuse ne correspond pas de type clinique précis.

*La gastrite étendue* siégeant à distance de l'ulcère a été nette dans un cas sur 4 environ. Cette proportion est faible et s'oppose à la grande fréquence de la gastrite au cours de l'ulcus du duodénum ; dans celui-ci en effet la gastrite associée est la règle ; elle peut être discrète ; dans la moitié des cas elle est intense, marquée par un aspect mamelonné de l'antré et parfois même des érosions linéaires et dépôts érythémato-pultacés sur les piliers et la petite courbure (Moutier). Mais ici encore comme précédemment pour la gastrite péri-ulcéreuse, il est impossible de superposer à un type anatomique précis d'ulcère de l'estomac un aspect particulier de muqueuse gastrique. On peut trouver dans ces formes avec gastrites généralisées des ulcères typiques (6 cas), des formes gastritiques (7 cas), pseudo-cancéreuses (1 cas) ou hémorragiques (1 cas). La proportion des formes non typiques est peut-être plus considérable qu'on ne s'y attendait mais on ne peut rien en inférer de certain.

De même l'évolution ne semble pas être modifiée beaucoup chaque fois qu'il y a gastrite. Malgré l'existence ou la persistance de la gastrite, l'évolution peut conserver son allure périodique avec phases d'accalmies complètes et la cicatrisation peut même survenir rapi-

dement. Cependant et c'est là un fait à retenir, dans un certain nombre de cas (observ. 2 et 3 par ex.), alors que l'ulcère était anatomiquement cicatrisé, on vit persister des troubles vagues correspondant très certainement à la gastrite non guérie encore visible à l'endoscope, troubles qui disparurent avec la guérison de la gastrite. Telle l'observation n° 2 où les douleurs qui n'avaient pas cédé complètement après gastro-entérostomie ni après cicatrisation de l'ulcus, s'effacèrent quand fut guérie la gastrite mamelonnée très marquée qui était associée.

Ainsi — et pour clore ce chapitre assez décevant — bien qu'il soit très probable que la gastrite joue un rôle dans la symptomatologie et l'évolution de l'ulcère, il est impossible de superposer actuellement à un type anatomique de gastrite une forme spéciale d'ulcère.

La présence de la gastrite et surtout de la *gastrite érosive* a du point de vue doctrinal, une importance considérable. Signalons simplement que pour Konjetzny, Puhl, Korbsch, la gastrite érosive est le premier stade de la maladie de Cruveilhier, l'ulcère habituel n'étant que l'extension en profondeur, la prolongation de l'exulcération gastritique. Gastrite érosive et ulcère ne seraient en somme que des stades différents du même syndrome de gastrite ulcéreuse. Cette théorie exclusive est loin d'être admise par tous. Hayem et Lion, Schindler, Gutzeit, Henning, Moutier, R. Chevallier la combattent vivement. Moutier admet une théorie dualiste. Pour lui il y a 2 ulcères profonds, l'un est térébrant d'emblée, c'est le véritable ulcère de Cruveilhier, l'autre n'est que l'extension en profondeur de l'érosion superficielle; celui-ci est probablement assez rare en France. Si Korbsch a pu observer à l'endoscope cette transformation de gastrite à ulcère, Schindler, Moutier n'ont jamais vu de passages certains.

Cliniquement, rien ne permet de distinguer ces deux ulcères. Anatomiquement, au moins au début, il n'en est peut-être pas tout à fait de même. L'ulcère de Cruveilhier proprement dit est caractérisé par son petit diamètre (quelques millimètres), par sa profondeur (section de la muscularis mucosae et de la musculée d'emblée), enfin par une énorme sclérose sous-péritonéale. L'ulcère type Konjetzny a des caractères inverses : grandes dimensions (9 à 10 mm. d'emblée), profondeur faible ; il détruit la muscularis mucosae mais il sectionne irrégulièrement et parfois incomplètement la muqueuse et la sous-muqueuse. En somme dans ce dernier cas on a l'impression d'un processus qui s'étend de proche en proche à partir de la muqueuse ; dans l'autre cas, tout se passe comme si la lésion attaquait d'emblée plusieurs couches de la paroi gastrique. Ultérieurement les 2 formes d'ulcères semblent prendre un aspect anatomique identique.

Cette forme d'ulcère à début gastritique méritait d'être signalée. Impossible à soupçonner actuellement en dehors de l'examen anatomique, la gastroscopie permettra probablement d'en reconnaître quelques cas et peut-être trouverons-nous par l'analyse de ces observations quelques notions nouvelles sur la symptomatologie, l'évolution et le traitement de cette forme spéciale d'ulcération creusante.

Quoi qu'il en soit et du point de vue pratique, l'appréciation exacte de l'étendue des lésions gastritiques peut avoir une importance réelle pour le pronostic et les indications opératoires. Rachet, Moutier, Garin et Bernay, R. Chevallier y ont justement insisté. Le chirurgien observant surtout les manifestations séreuses, extra-gastriques, de l'ulcère n'apprécie que difficilement l'étendue de la gastrite associée, que l'examen endoscopique

permet au contraire d'étudier sans peine. Or le mode opératoire ne devrait pas être le même en cas de gastrite discrète ou étendue. Une gastro-entérostomie faite en pleine zone gastritique donnera souvent de mauvais résultats. Pour la même raison une gastrectomie devra, chaque fois que cela est possible, enlever toute la partie malade de l'estomac, ulcère et gastrite. Si la gastrite est trop étendue et à moins d'avoir la main forcée, il sera préférable d'attendre sa régression au moins partielle par le traitement médical et de n'opérer que quand le contrôle gastrosopique aura donné des renseignements meilleurs. Enfin l'étendue des lésions et l'intensité des lésions gastritiques peut, dans une certaine mesure, permettre de prévoir les suites opératoires. S'il n'y a que de la gastrite péri-ulcéreuse, on peut espérer la guérison complète après gastrectomie. Si la gastrite est généralisée, il faut s'attendre à la persistance de troubles post-opératoires plus ou moins durables : pour les faire disparaître il faudra traiter la gastrite qui en est responsable.

#### F. — ULCÈRE ET ACHLORHYDRIE

Malgré le nombre considérable de travaux consacrés par Hayem et ses successeurs au chimisme de l'estomac, on n'a pas encore pu découvrir les causes précises des variations de l'acidité du suc gastrique dans l'ulcère de l'estomac. L'étude s'en est avérée si décevante que certains auteurs tels Gutmann, Balfour l'ont complètement abandonnée ; ils considèrent que dans l'ulcus gastro-duodénal la recherche du chimisme n'a aucune importance pratique, aucun intérêt diagnostique. S'il n'a pas tenu tous les espoirs qu'on avait fondés sur lui, le chimisme gastrique n'en reste pas moins un examen de base du fonctionnement de l'estomac ; l'étude des fonctions

gastriques ne sera jamais complète sans l'analyse de la sécrétion chlorhydro-peptique (Loeper). Il nous paraît injustifié de l'abandonner complètement.

On ne peut cependant considérer les résultats du chimisme que comme un signe d'appoint au diagnostic. L'hyperacidité est un symptôme habituel aux ulcères de l'estomac ; elle est cependant moins marquée que dans l'ulcus duodénal, comme l'ont montré Moutier, Bronstein. Et surtout elle est inconstante. C'est ainsi que l'hypochlorhydrie existe dans 23 % des cas (Friedenwald), dans 20 % (Moynihan), dans 35 % (Schneider), dans 19 % des cas (Udaondo Bonorino). L'achlorhydrie elle-même n'est pas exceptionnelle : 7,5 % (Strauss), 3, 7 % (Kutner), 3,8 % (Urratia), 3 % (Udaondo). Ce sont uniquement ces formes hypo ou achlorhydriques qui doivent être considérées comme atypiques.

Sur 22 de nos cas atypiques chez lesquels le tubage pût être pratiqué, nous avons noté 5 chlorhydries inférieures à la normale. Dans 3 cas, il y avait seulement hypochlorhydrie, dans 2 cas l'achlorhydrie était complète.

Voici les chiffres et le siège des ulcères correspondants :

Obs. 29. — Acidité totale  $A = 1,16$ , acidité libre  $H = 0,51$ , ; ulcère de la face postérieure.

Ob. 18. —  $A = 0,54$ ,  $H = 0$ ; ulcus de la petite courbure.

Obs. 30. —  $A = 1,60$ ,  $H = 0,65$ ; ulcère géant de la petite courbure.

Obs. 35. —  $A = 0,30$ ,  $H = 0$ ; ulcère du cardia (face postérieure).

Obs. 40. —  $A = 1,31$ ,  $H = 0,43$ ; ulcère du cardia.

Tous ces examens ont été faits après injection d'histamine qui, on le sait, donne une excitation plus forte que le classique repas d'Ewald.

Il est évidemment impossible de tirer quoique ce soit d'un nombre de cas aussi faibles. De ces quelques hypo ou achlorhydries, retenons seulement que deux d'entre

elles, coexistaient avec un ulcère du cardia. Il est peu probable qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence car le fait a été noté par d'autres auteurs.

En tout cas il n'y a aucun lien apparent entre l'état du chimisme d'une part, la séméiologie et l'évolution des ulcères de l'estomac d'autre part. De même qu'il n'y a, semble-t-il, aucun rapport entre les chlorhydries faibles et l'état macroscopique de la muqueuse ; par exemple dans les 5 cas où il y avait achlorhydrie, nous avons noté trois fois une gastrite légère mais généralisée (obs. 35, 18, 40) et deux fois une muqueuse d'apparence normale.

---



**VALEUR COMPARATIVE DES EXAMENS CLINIQUE,  
RADIOLOGIQUE, GASTROPHOTOGRAPHIQUE  
ET GASTROSCOPIQUE  
POUR LE DIAGNOSTIC DE L'ULCÈRE GASTRIQUE**



Arrivé au terme de cette étude des principales formes de l'ulcère gastrique, il convient, en manière de conclusion, de nous demander ce que nous sommes en droit d'espérer des diverses méthodes clinique, radiologique, gastrophotographique et gastroscopique pour la connaissance de la maladie de Cruveilhier. Nous envisagerons brièvement les points faibles et les points forts de chaque méthode en insistant surtout sur les méthodes endoscopique et endophotographique.

*L'interrogatoire et l'examen clinique* sont et doivent rester la base intangible et indispensable de l'étude de tout ulcéreux. — Sur leurs données, le diagnostic sera posé d'emblée et avec peu de chances d'erreur, dans 2 cas sur 3 environ ; les autres méthodes ne viendront qu'en confirmation. Mais une fois sur trois, la clinique seule ne nous autorise que des soupçons ou même nous fait faire franchement fausse route. Même dans le cas où le syndrome est typique, elle nous donne aucune indication valable sur le siège gastrique ou duodénal de l'ulcère et elle est incapable de nous apporter cette certitude scientifique qu'est la constatation objective de la lésion. Sur ces diagnostics purement cliniques, planera toujours la crainte de l'erreur de diagnostic.

*L'examen radiologique* quand il montre une niche, apporte le signe quasi pathognomonique de l'ulcère. Mais cette preuve, il ne l'apporte que deux fois sur trois environ. Les ulcères plats, nains, fissuraires, les ulcères du cardia lui échappent presque toujours. De

même, malgré la mise en œuvre des méthodes les plus précises, les ulcères faciaux restent difficiles à découvrir et à repérer.

La valeur de la gastrophotographie et de la gastroscopie doit être discutée avec plus de soin.

*La gastrophotographie* est obtenue, on le sait, grâce à l'introduction dans l'estomac de deux minuscules cameras qui fournissent chacune quatre vues stéréoscopiques, donnant par conséquent le relief de la muqueuse gastrique. Méthode élégante, indolente, rapide, elle a l'avantage de fixer des aspects que l'on pourra comparer avec des gastrophotographies ultérieures. Personnellement, nous n'avons pas l'expérience de cette méthode. on peut cependant lui faire *a priori* les reproches suivants.

De l'avis même de ses promoteurs, elle ne peut montrer la totalité de la muqueuse gastrique. C'est une méthode d'exploration aveugle qui ne permet aucune sélection des images à enregistrer et cette photographie au jugé de la surface interne de l'estomac peut laisser échapper une lésion importante qui n'aura pas été fixée sur les films pour une raison ou une autre (cliché raté ou illisible par exemple). Elle ne peut donner, reproche capital, le coloris de la muqueuse. Elle ne permet qu'une exploration d'une durée d'un fragment de seconde, critique fondamentale pour l'étude de l'ulcère gastrique, souvent si difficile à reconnaître, derrière un pli ou dans une bourse diverticulaire. Enfin signalons les difficultés qu'il y a à manipuler et à développer ces films et à interpréter les images.

Ces diverses critiques nous font penser que la gastrophotographie est, au moins dans son état actuel<sup>1</sup>, de

1. Nous croyons que l'avenir de cette méthode n'est pas dans la prise des clichés, la camera étant dans l'estomac même, mais dans

valeur nettement inférieure à celle de la *gastroscope*.

Celle-ci est cependant passible d'un certain nombre de *reproches*.

Les uns tiennent à la méthode elle-même. Les autres sont spéciaux à l'endoscopie dans l'ulcère de l'estomac.

La méthode a les inconvénients suivants. Tout d'abord, l'exploration est parfois impossible pour des raisons diverses (mauvais état général, — cyphose et scoliose marquées — lésions œsophagiennes — mauvais vouloir du malade). C'est d'autre part un examen qui sans être vraiment douloureux, reste néanmoins assez pénible pour le patient. Enfin, mais c'est là une critique que l'on peut adresser à nombre de techniques, c'est un examen d'interprétation délicate qui nécessite indiscutablement une expérience assez longue laquelle ne s'acquiert qu'au bout d'un grand nombre d'examens. De toutes les endoscopies, la gastroscope est celle qui est d'interprétation la plus difficile.

La gastroscope est-elle dangereuse ? Nous avons déjà signalé que notre maître Moutier sur plus d'un millier d'examens n'avait jamais eu d'accident. Rosanoff puis nous-même dans le service du Professeur Chiray n'avons pas observé non plus d'incident sérieux sur plus de 300 endoscopies. La méthode peut donc être considérée comme sans danger à condition évidemment d'être prudent, de ne jamais employer de manœuvres de force et de ne pas passer outre certaines contre-indications formelles (avant tout sténoses et cancers de l'œsophage, néoplasies sous-cardiaques). Nous tenons cependant à faire une réserve dans le cas particulier de

la photographie à travers le gastroscope, la chambre noire étant à l'oculaire de l'appareil. Cette méthode possible techniquement (voir p. 17, note) aura l'avantage essentiel de permettre au gastroscopiste de sélectionner, sous le contrôle de la vue, les images à enregistrer.

l'ulcus. Il se peut que sur un ulcère ayant creusé la paroi gastrique jusqu'à la séreuse, l'insufflation d'air nécessaire à l'examen, les manœuvres intragastriques, les contractions de l'estomac sur le tube, puissent rompre le fond fragile de l'ulcère et déterminer une perforation dont la gastroscopie aura été la cause occasionnelle. Cet accident est possible<sup>1</sup>, mais nous ne l'avons pas observé et il n'a jamais été signalé. Il conviendra donc de s'abstenir d'exploration gastroscopique en cas de fièvre ou de douleurs violentes faisant craindre un processus évolutif aigu. Rappelons de même qu'il est prudent de s'abstenir de cet examen pendant les 10 ou 15 jours qui suivent une gastrorragie importante. L'on peut encore adresser à la méthode, dans le cas particulier de l'ulcère de l'estomac, la critique suivante, sur laquelle nous avons insisté à maintes reprises.

*Elle ne peut montrer tous les ulcères.* Nous avons signalé des cas d'ulcus avérés que la gastroscopie ne put retrouver. Il est en effet des zones de l'estomac difficilement explorables par l'endoscopie. Par exemple, l'examen de la petite courbure sous-angulaire est assez souvent interdit à l'endoscopiste ; un ulcère siégeant dans cette zone pourra être méconnu. De même l'exploration de la région sous-cardiaque est parfois délicate. D'autre part, certains ulcères enfouis dans l'œdème péri-lésionnel, logés dans une bourse diverticulaire, masqués par un pli hypertrophié ou caché entre deux plis volumineux, peuvent échapper à l'examen endo-gastrique.

Telles sont les imperfections de la méthode. Voyons maintenant ce qu'elle a à son actif.

Nouvelle venue dans l'arsenal des méthodes d'explo-

1. Notons en passant que plusieurs cas de perforations gastro-duodénales ont été publiés qui se sont produites au cours même d'examens radiologiques de l'estomac.

ration gastrique, elle n'a pas encore donné toutes ses possibilités. Des perfectionnements techniques amélioreront certainement son rendement actuel. Mais son apport est déjà considérable dans toutes les branches de la gastrologie.

Elle a pour elle cet avantage considérable de pouvoir fournir une certitude, certitude qui jaillit de l'examen direct des lésions. Véritable anatomie pathologique sur le vivant elle a souvent — mais non toujours cependant — le caractère absolu des examens sur pièce. Il n'en est pas de même, nous le savons, pour l'examen clinique et même l'exploration radiologique.

Dans le domaine de l'ulcère gastrique, elle a permis de découvrir un certain nombre d'ulcères, qui, sans elle, auraient totalement passé inaperçus. Elle a montré « l'extraordinaire fréquence » de la maladie de Cruveilhier (Moutier).

C'est en règle à elle — et dans certains cas à la gastrophotographie — que revient le mérite du diagnostic des ulcères plats, nains ou fissuraires.

Elle a précisé le mode de formation des niches radiologiques et en particulier mis en valeur le rôle des bourses diverticulaires.

Elle a permis de suivre l'évolution de l'ulcère dans l'intervalle des poussées et montre la possibilité soit de cicatrisation complète, soit simplement de mise en sommeil.

Elle est la seule méthode capable de serrer de plus près le problème si difficile de l'ulcère et de la gastrite et celui si important en pratique de l'action des diverses thérapeutiques.

En résumé, la gastroscopie a dans l'ulcère gastrique un double intérêt pratique et théorique.

Intérêt pratique, celui du diagnostic, celui de l'étude de l'évolution anatomique spontanément et sous l'in-

fluence de la thérapeutique, notion qui pèsera d'une manière importante sur les indications opératoires.

Intérêt théorique, celui d'aider à préciser le mode de début de l'ulcère et ses rapports avec la gastrite ; notions qui permettront sans doute de progresser dans les problèmes si obscurs encore de l'étiologie et de la pathogénie de la maladie de Cruveilhier.

Mais la gastroscopie ne devra jamais être employée seule. Tout comme les autres méthodes de laboratoire, tout comme la radiologie et plus encore qu'elle, elle doit être considérée comme un *examen complémentaire* de l'examen clinique. C'est aller à des échecs certains et parfois à des erreurs lourdes de conséquences que de vouloir l'utiliser isolément. Elle ne peut « ni tout permettre, ni tout promettre ». On se rappellera que la gastroscopie n'a de valeur que si elle donne des *résultats positifs* ; on ne peut rien en inférer en général, si elle est négative (Schindler, Rachet, Moutier). Applicable à tous les chapitres de l'endoscopie gastrique ces remarques sont plus vraies encore dans le cas particulier de la maladie de Cruveilhier.

Enfin l'étude de l'ulcère gastrique ne doit pas comporter seulement les examens clinique, radiologique, endoscopique de l'estomac, voire chimique et cytologique du liquide gastrique. Cet examen pour ainsi dire local de l'ulcère ne représente qu'une étape dans son étude, de même que l'étude morphologique d'une lésion cutanée n'est qu'une partie de la dermatologie. Il faudra chercher dans des *facteurs d'ordre général*, mal connus encore, mais certains, les raisons du développement, de la cicatrisation, de l'extension, de la mise en sommeil, du réveil ou de la récurrence des ulcères. Cette notion de terrain donnera probablement alors la clef de bon nombre de formes typiques et atypiques de l'ulcère gastrique.

## OBSERVATIONS



## OBSERVATIONS

OBS. 1. — *Ulcère plat de la face postérieure, pseudo-gastritique. Radio négative. Disparition de l'ulcère en 7 mois.*

M. D..., 37 ans, comptable, vient consulter en mars 1931 pour troubles dyspeptiques durant depuis 2 ans. Ces troubles irréguliers consistent en pesanteurs post-prandiales, avec sensation de gonflement, accompagnées parfois de lipothymies et calmées par les repas. Surtout marqués après le repas de midi, ils n'empêchent pas le sommeil. Les attitudes n'ont aucune influence sur l'intensité et l'horaire des douleurs. Amaigrissement important. Examen physique négatif.

*Radio.* — Stagnation et dilatation de la 3<sup>e</sup> portion du duodénum. Antipéristaltisme sur la 2<sup>e</sup> portion, cédant dans la position tête en bas.

*Gastrosco pie.* — A 9 cm. du cardia, immédiatement en amont de la faux antrale, sur la face postérieure, on voit un ulcère plat, en cocarde de 8 mm. de diamètre environ, vu obliquement sur un plissement. L'ulcère se déplace constamment dans le champ du gastroscope pendant les mouvements respiratoires. Il est cerné d'un liséré rouge, et son fond est gris jaunâtre. Autour de lui aucune gastrite décelable.

Deux *gastrosco pies* nouvelles sont faites. L'une en avril 1931, un mois après la première, montre plus en avant que la fois précédente (3 à 4 cm.) une ulcération des dimensions d'une lentille, jaune verdâtre, entourée d'un liséré rouge vif, qui, malgré son siège plus antérieur, est vraisemblablement l'ulcère décrit plus haut.

En octobre 1931, nouvel examen. Il n'y a plus d'ulcère ; la muqueuse est plutôt pâle.

OBS. 2. — *Petits ulcères multiples de la petite courbure et de la jonction petite courbure face postérieure. Radio négative. Disparition de l'ulcère après gastro-entérostomie.*

M<sup>me</sup> G..., 33 ans, sans profession, est suivie depuis 1923. Elle présente à cette époque des troubles dyspeptiques dus sans doute à une cholécystite lithiasique pour laquelle elle subit, en mars 1923, une cholécystectomie.

En 1924, poussée douloureuse qui dure plusieurs mois, très différente des douleurs antérieures. Les douleurs surviennent immédiatement après les repas ; elles sont très vives, « comme celles d'une plaie à vif », et ne durent que quelques minutes. Elles s'accompagnent de nausées, mais il n'y a pas de vomissements. A l'examen, douleur vive à la pression au creux épigastrique et dans la région pyloro-duodénale. En 1927, période douloureuse analogue étalée sur plusieurs mois. En 1930, appendicectomie. Deux examens radiologiques de l'estomac faits en 1924 et 1927 ont été négatifs.

En 1931, au cours d'une période de calme, on fait une *gastroscopie*. Outre la présence d'un peu de liquide de stase bilieux, celle-ci montre deux ordres de lésions : 1<sup>o</sup> une *gastrite antrale* : la muqueuse, de couleur normale, présente un aspect velouté, tomenteux serré, avec çà et là quelques taches pultacées. 2<sup>o</sup> Sur la petite courbure, à 10 cm. environ du pylore, 3 *petites étoiles hématiques*, verticalement étagées, dont 2 punctiformes paraissent presque cicatrisées. La 3<sup>e</sup> rouge, est un peu plus grande et ne saigne pas. A 5 ou 6 cm. au-dessous d'elles, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, on note une cicatrice étalée, déprimée, de la plus grande netteté de 5 à 6 mm. dans son grand axe. En somme ulcérations en voie de cicatrisation ou complètement cicatrisées.

Quelques semaines après la gastroscopie survient une nouvelle poussée douloureuse durant plus de 3 mois, entraînant un amaigrissement important, et au cours de laquelle on ne trouve rien à l'examen radiologique ; un *tubage* montre une hyperacidité manifeste (A = 2,50. T = 5. H = 1,90. C = 1,30. F = 1,80).

En 1933, au cours d'une période douloureuse, nouvelle *gastroscopie*, qui montre d'une part une *gastrite mamelonnée*

*généralisée*, rouge vif, d'autre part *deux ulcères* de la petite courbure : l'un en pleine petite courbure, petit, rouge, un peu étalé; l'autre à la jonction petite courbure, face postérieure, plus volumineux, rouge sombre, au fond d'un petit puits, avec plis convergents vers lui. La muqueuse avoisinant les deux ulcères est œdématisée, recouverte d'un exsudat pultacé. Les ulcères se sont donc rouverts *exactement aux mêmes points* et sont en pleine évolution.

On intervient par *gastro-entérostomie antrale*. Mais les douleurs persistent quelque temps encore. En mai 1933, *gastrosco pie*. *Gastrite généralisée persistante*, avec aspect érythémato pultacé luisant. La petite courbure présente un aspect lisse, lié probablement à de l'œdème et on ne retrouve plus qu'une des ulcérations vues aux examens antérieurs. Cette ulcération, toujours anfractueuse, est dominée par un surplomb qui en rend la découverte d'abord difficile. Lésions de gastro-jéjunite autour de la bouche (œdème, érosions, dépôts pultacés, fils en voie d'élimination).

Puis les douleurs cessent. Deux nouvelles *endoscopies* faites en octobre et novembre 1935, montrent un estomac impeccable sans aucune trace de gastrite, sans ulcérations.

OBS. 3. — *Histoire ulcéreuse typique. Radio négative.*

*Ulcère fissuraire de la petite courbure sous-cardiaque.*

M. G..., 32 ans, représentant de commerce, souffre de l'estomac, par périodes, depuis 10 ans. Il a une ou deux poussées par an, qui durent deux mois environ. Les douleurs sont vives, plutôt tardives, nocturnes, non modifiées par les changements d'attitude, calmées par les compresses chaudes et les alcalins, accompagnées de vomissements parfois striés de sang rouge.

*L'examen clinique* est négatif. A noter seulement des battements aortiques et une sensibilité assez vive en décubitus latéral gauche, immédiatement à droite de l'ombilic.

*A la radio*, déformation du bulbe qui fait penser à la possibilité d'un ulcus duodénal, déformation non retrouvée ultérieurement.

Pas d'hématine dans les fèces.

*La gastrosco pie*, faite au cours d'une période douloureuse, montre un antre normal; on voit sortir (ou s'engager) par le pylore un filet de sang rouge. A 4 ou 5 cm. du cardia,

à la jonction petite courbure face antérieure, on voit un gros caillot de sang, semblant adhérer à la paroi (recouvre-t-il une ulcération ?). Au moment précis où le tube va franchir le cardia, on aperçoit, exactement sur la petite courbure, une *ulcération fissuraire* de 1 cm., recouverte de débris hématiques, oblique sur l'axe gastrique.

Un nouvel *examen radiologique* (avec étude des plis de la muqueuse), centré sur cette région, ne montre rien d'anormal.

OBS. 4. — *Histoire ulcéreuse typique. Radio négative.*  
*Ulcère plat de l'angle gastrique.*

M. G..., âgé de 34 ans, monteur en chauffage, a commencé à souffrir de l'estomac en 1916, il y a 15 ans, alors qu'il était prisonnier en Allemagne. Il se plaignait à ce moment de violentes douleurs à type de brûlures et eut une nuit une hématomatose de sang rouge avec caillots. Il souffre pendant 18 mois puis les douleurs cessent jusqu'en 1921, date à laquelle se reproduit une nouvelle poussée. En février 1930, il est opéré : cholécystectomie pour cholécystite calculuse. Appendicectomie. On aurait vu lors de l'intervention une déformation du pylore. — Pendant 2 mois, il va bien, puis recommence à souffrir : douleurs violentes avec hématomatoses de sang rouge en décembre 1930. — En janvier 1931, il est opéré à nouveau. On trouve des adhérences à l'estomac et au pylore, adhérences que l'on sectionne seulement. — En mars 1931, reprise de douleurs : douleurs tardives 2 à 3 heures après les repas, épigastriques, à type de brûlures, accompagnées de vomissements bilieux, calmées par les alcalins. — A l'examen clinique, vive douleur dans la région bulbaire.

*Radio.* — Grosse déformation du bulbe.

*Gastroscopie.* — Muqueuse d'aspect normal. Deux petites lésions sont à signaler : 1° à une dizaine de centimètres du cardia, sur la petite courbure, petite élévation polypoïde de la muqueuse, très légèrement papillomateuse, à pentes douces vers le cardia, en talus, en aval. Au pied du talus, très étroite ulcération fissuraire. 2° A 8 cm. environ du pylore, au ras de l'angle gastrique, ulcère vu par la tranche, granuleux, noirâtre, ovale, de 1 cm<sup>2</sup> environ. Aucune de ces deux lésions ne saignait. Pylore bien vu ; jeu normal. Régurgitations duodénales.

OBS. 5. — *Ulcère cavitaire de la petite courbure moyenne.*  
*Radio négative. Syndrome rappelant le cancer.*

M. L..., âgé de 59 ans, terrassier, consulte en juin 1931, parce que depuis plusieurs mois, il souffre de l'estomac, douleurs assez vagues, à type de pesanteur, sans nausées, sans vomissements. Jamais le malade n'avait souffert auparavant. Il n'a pas d'appétit et a maigri sensiblement. Malade très anxieux. Examen clinique négatif.

*Radio.* — Ne montre rien.

*Gastroscopie.* — Le 15 juin 1931 : outre des spasmes multiples, elle montre un lac muqueux de faibles dimensions, contenant un peu de sang noir, vers lequel coulent des filets de sang rouge. A 8 ou 9 cm. du cardia, sur la petite courbure, en amont de l'angle gastrique, on voit un ulcère creux de 1 cm. de diamètre, un peu ovale, dont le grand axe est perpendiculaire à la petite courbure. L'ulcère d'abord étalé, se présente par moments comme une simple fissure hématique ; un œdème notable l'entoure, qui en augmente la profondeur. Pas de gastrite, mais seulement muqueuse fragile (taches ecchymotiques sur la grande courbure, provoquées par le contact du tube).

Le malade est revu quelques semaines plus tard, après traitement. Il va beaucoup mieux.

*Gastroscopie.* — Le 8 juillet 1931. Il n'y a plus d'ulcère, mais à sa place une macule rougeâtre de 1 cm<sup>2</sup> à bords un peu festonnés, à talus encore apparent du côté du cardia. De plus, les spasmes antérieurs ont disparu ; l'estomac est calme, atone même, il n'y a pas de sang dans le lac muqueux.

*Nouvelle gastroscopie* en octobre 1931. On retrouve facilement la cicatrice de l'ancien ulcère, cicatrice à grand axe perpendiculaire à la petite courbure, d'aspect nacré. En amont et en aval d'elle, il y a quelques plissements incomplets. L'estomac est calme. A noter l'existence d'une gastrite hypertrophique qui explique peut-être la persistance de l'amaigrissement et de quelques vagues douleurs épigastriques, phénomènes qui ne disparaîtront que quelques mois plus tard. Plusieurs examens radiologiques pratiqués ultérieurement ne montreront rien d'anormal.

OBS. 6. — *Ulcère ancien de la petite courbure cicatrisé.*  
*Phobie de l'ulcéro-cancer.*

M. P... âgé de 37 ans, comptable, est examiné pour la première fois en juin 1931. Il est soigné depuis 8 ans pour un ulcère d'estomac ; il a toujours souffert par périodes espacées, mais les troubles actuels ne sont plus semblables à ceux d'autrefois ; il se plaint plus de pesanteurs post-prandiales et d'éruclatations que de douleurs vraies ; il a maigri. Il croit que son ulcère ancien est en train de se transformer en cancer et est très inquiet. On trouve de plus chez lui des signes de colite ; diarrhées subites, douleur spontanée et provoquée de la fosse iliaque droite, distension cæcale.

*La radio* montre une hyperkinésie antrale et quelques déformations du bulbe (bulbe petit, horizontal, un peu excentré), mais rien à l'estomac.

*L'examen gastroscopique* montre sur la petite courbure à la hauteur de l'angle gastrique, une petite fissure étoilée, nacrée, difficile à voir longtemps, par suite des contractions et des froncements à son niveau. Il semble s'agir d'une cicatrice d'ulcère ; hyperkinésie gastrique.

L'affirmation au malade, après gastroscopie, qu'il n'a pas de cancer d'estomac calme ses craintes. Quelques semaines plus tard, il va mieux, a grossi, ne souffre plus. Par contre il se plaint toujours de phénomènes de colite.

OBS. 7. — *Petit ulcère plat de la voie gastrique.*  
*Syndrome clinique typique. Radio négative.*

M. M... est examiné en juin 1931.

*Cliniquement.* — Syndrome d'ulcus.

*Radiologiquement.* — Rien.

*Gastroscopie.* — A la jonction petite courbure, face antérieure, à la limite de la voie gastrique et des plis, à 12 cm. du cardia, petite ulcération plate, de limite impossible à préciser, car elle est vue seulement de champ. Quelques flocons hématiques noirs dans le lac muqueux. Pas de gastrite appréciable.

OBS. 8. — *Ulcère plat de l'angle gastrique.*  
*Syndrome clinique typique. Radio négative.*

M. M... âgé de 30 ans, vient consulter en juillet 1931. Depuis 3 ans, il présente tous les étés une période doulou-

reuse, durant un mois environ. Les douleurs surviennent 2 heures après le repas de midi, jamais la nuit. Elles sont à type de crampes ou de brûlures.

A l'examen radiologique, estomac petit, hyperkinétique.

La gastroscopie montre un ulcère plat de la petite courbure, juste sur l'angle gastrique, ulcère en cocarde, à liséré jaune et à fond grisâtre. Présence de liquide hématique. Pas de gastrite appréciable. Estomac hyperkinétique, petit, se contractant violemment sur le tube.

OBS. 9. — *Ulcère fissuraire de l'angle gastrique.*

*Syndrome clinique typique. Radio suspecte.*

M. B..., 50 ans, rédacteur, est examiné en octobre 1931. Il souffre par périodes de 8 à 15 jours de douleurs épigastriques tardives à type de faim douloureuse et de crampes calmées par les aliments et plus marquées la nuit. — Le malade a maigri de 5 kilos en 7 mois et se plaint en outre de céphalées qui alternent avec les douleurs digestives. — A l'examen, sensibilité épigastrique dans la région pyloro-duodénale.

*Radiographie.* — Absence de parallélisme des incisures sur l'antré.

*Gastroscopie.* — Exactement sur l'angle gastrique, on voit un ulcère de 1 cm. de diamètre environ, à talus visible, mais vu strictement de profil, comme une entaille très légèrement saignante. La muqueuse gastrique est normale, non fragile ; il n'y a pas de gastrite, mais les plis de la grande courbure, notamment au niveau de l'antré, sont très marqués. Intolérance à l'air au début.

OBS. 10. — *Ulcère cavitaire très volumineux de la grande courbure. Syndrome douloureux continu sans accalmies. Radio négative. Diminution considérable des dimensions de l'ulcère en 1 mois.*

M. L..., âgé de 50 ans, se plaint depuis 5 ans de douleurs gastriques en barre, ou à type de crampes, accompagnées parfois de gargouillements, survenant 4 ou 5 heures après les repas de midi et du soir, diminuées par des éructations et l'ingestion d'aliments. Ces douleurs, discontinues dans la journée, sont continues dans l'année, et depuis leur

début, le malade a souffert tout le temps ; *il n'y a pas eu d'évolution par poussées douloureuses* et périodes de calme. Ces douleurs, renforcées depuis 1 mois et parfois très fortes n'ont que peu retenti sur l'état général ; cependant un certain amaigrissement s'est manifesté depuis 3 mois.

*Radio.* — Hyperkinésie durable. Rien d'autre.

*GastroscoPie.* — On trouve un gros ulcère « calleux » de la grande courbure, empiétant sur la face antérieure au ras du lac muqueux. La partie visible, qui a plus de 3 cm. de diamètre, a une forme de raquette ; une partie de l'ulcère reste invisible cachée par les contractions pariétales. Pas de gastrite appréciable.

Un mois après (après traitement parathyroïdien) on fait une nouvelle *gastroscoPie*. L'ulcère s'est modifié, représenté par un peloton de gros plis cérébriformes, au centre duquel se voit la dépression cavitaire que représente l'ulcère, portant en son milieu une surface noirâtre de 7 à 8 mm<sup>2</sup> seulement. L'estomac est très calme.

OBS. 11. — *Petit ulcère cavitaire de la petite courbure moyenne avec ergot radiologique. Forme pseudo-gastritique.*

M. B..., 48 ans, souffre depuis 30 ans de brûlures et d'aigreurs post-prandiales, sans jamais de douleurs tardives. Pas de périodicité nette des troubles. Quelques mois avant de venir consulter le Dr Moutier, au cours d'une cure à Vichy, il expulse un gros calcul urinaire. Les aigreurs, qui s'étaient un peu amendées, reprennent dès sa rentrée à Paris ; elles sont remplacées en novembre par des crampes épigastriques, qui ont tendance à prendre un horaire tardif (11 h., 17 h.) et que calment l'alimentation et non la belladone.

*Radio.* — Ulcère cavitaire de la petite courbure, exactement en son milieu, avec ergot très net.

*Chimisme.* — A : 2,92 — H : 1,46 — T : = 4,01 — C : = 1,46 — E : 1,10.

*GastroscoPie* (nov. 1931). — 50 cc. de liquide à jeun. Et surtout à la partie moyenne de la petite courbure dans la zone correspondant exactement à l'image radiologique, on voit une petite cavité formée par la rencontre de plis saillants, affectant approximativement une disposition triangulaire ; au fond de cette cavité, est niché l'ulcère, paraissant à demi cicatrisé.

OBS. 12. — *Petit ulcère creux de l'angle gastrique.*  
*Syndrome clinique pseudo-gastrique. Radio négative.*

M. G..., âgé de 27 ans, se plaint de douleurs épigastriques post-prandiales à type de brûlures. Amaigrissement important. L'existence d'une douleur vésiculaire, de subictère, la présence de sels et de pigments biliaires dans les urines, ont fait penser à une cholécystite et ont conduit à traiter le malade par des tubages duodénaux. Ce traitement associé au kaolin *per os*, a d'ailleurs amélioré les troubles pendant quelque temps :

*Chimisme.* — A = 2,84, H = 1,46.

*Radio.* — Estomac d'aspect normal.

*GastroscoPie.* — Estomac paraissant petit, peu tolérant à l'air, sensible à la pression. A mi-chemin entre l'angle gastrique et le cardia, sur la petite courbure, dans une dépression légère entre 3 ou 4 plis, on voit un petit ulcère de 7 à 8 mm. de diamètre, à fond garni de kaolin. Autour de la lésion, gastrite érythémato-pultacée érosive, mais pas de gastrite appréciable dans le reste de l'estomac. L'ulcère semble plutôt en voie de régression.

OBS. 13. — *Ulcère dormant de l'antré.*  
*Phases de dyspepsie vague, irrégulières. Radio négative.*

M. M..., 46 ans, employé, souffre depuis 5 ans par périodes irrégulières de 10 jours à 1 mois, séparées par des intervalles de répit de durée variable (quelques semaines à quelques mois). Les poussées douloureuses surviennent surtout l'hiver. Au cours des poussées, il n'y a pas de douleurs vraies, mais des brûlures et des aigreurs d'horaire semi-tardif et de siège épigastrique. Il n'y a jamais de douleurs tardives à horaire fixe. Régurgitations acides. Nausées, mais pas de vomissements. Examen clinique négatif.

*Examen radiologique.* — Aérophagie, mais aucune lésion pariétale visible.

*GastroscoPie* (déc. 1932). — A 3 cm. environ en aval de l'angle gastrique sur son versant antral, sur la petite courbure, mais un peu sur la face postérieure, on voit un ulcère dormant, cupuliforme, elliptique, de 7 à 8 mm. de long. La visibilité est rendue difficile par sa situation presque de champ par rapport à l'objectif. Son fond est brun un peu

effiloché. La muqueuse voisine est d'aspect normal et ne présente ni œdème ni plis radiants ; il n'y a aucune espèce de gastrite appréciable, ni autour de l'ulcère, ni ailleurs dans l'estomac. Intolérance à l'air au début de l'examen.

OBS. 14. — *Ulcère duodénal. Ulcère gastrique de la petite courbure au fond d'une bourse diverticulaire. Histoire ulcéreuse franche. Niche de la petite courbure.*

M. M..., âgé de 32 ans, peintre, a une histoire ulcéreuse des plus typiques. Il se plaint de douleurs post-prandiales tardives et nocturnes (à 2 heures du matin). Ces douleurs, de siège para-ombilical irradient vers le flanc gauche. Elles sont diminuées par le décubitus dorsal, les alcalins, l'alimentation. Elles s'accroissent dans le décubitus latéral gauche. Pas de sialorrhée. Clapotage gastrique descendant très bas, témoignant d'une ptose gastrique importante.

*Radio.* — Dislocation verticale accusée. Ulcère diverticulaire haut situé sur la petite courbure et ulcère duodénal.

*Chimisme* (Ewald). — On retire 130 cc. de bouillie bien divisée. Présence d'hématine.  $H = 0,94$  —  $A = 1,92$ .

*Gastrosco pie.* — L'examen est rendu difficile par des spasmes s'opposant à l'introduction du tube et à l'insufflation. Antre et pylore normaux. Pas de gastrite. A 5 ou 6 cm. du cardia, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, on voit une sorte d'entonnoir extrêmement sombre, très profond (plus de 1 cm.), que ferment partiellement des plis pariétaux ; ceux-ci par leur disposition hélicoïdale, réalisent une sorte de diaphragme. Au fond de cet entonnoir diverticulaire qui correspond à la niche radiologique, on devine un ulcère. Après une véritable lutte (insufflation, variation dans l'introduction du tube), le spasme diverticulaire cède, le diaphragme s'ouvre et on voit à plat un ulcère de 8 à 10 mm. de diamètre, un peu ovalaire, à fond gris jaunâtre, partiellement cicatrisé. Ses bords, peu nets, se confondent, dans sa partie proximale sous-cardiaque, avec la muqueuse voisine.

OBS. 15. — *Ulcère plat de la petite courbure moyenne. Forme pseudo-cancéreuse. Radio négative.*

M. L..., âgé de 46 ans, souffre depuis 6 mois de malaises épigastriques vagues, plutôt que de douleurs vraies. Il se

plaint de pesanteurs post-prandiales précoces et de quelques crampes peu violentes ne durant que quelques minutes. Ces troubles surviennent tous les jours, après tous les repas, depuis 6 mois. Ils s'accompagnent de régurgitations aqueuses et de vomissements non alimentaires d'une centaine de cc., se produisant par gorgées successives. Le malade est immédiatement rassasié dès qu'il mange ; il n'a plus aucun appétit et son anorexie est globale ; il a perdu le goût de fumer. Il a maigri de 8 kilos en 6 mois et est très fatigué. A l'examen clinique, on note une certaine sensibilité épigastrique, un certain degré de ptose gastrique.

*Radio.* — Aucune image diverticulaire, mais la région de l'antrum est suspecte : la petite courbure centrale est rigide, les ondes de contractions ne s'y propagent pas. Inextensibilité vestibulaire.

*Gastroscopie* (janvier 33). — A 7 cm. du cardia environ, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, on voit un ulcère typique, relativement plat, à fond rouge sombre, centrant 3 ou 4 gros plis radiants. La région de l'antrum et du pylore est normale. Il n'y a aucune gastrite appréciable.

OBS. 16. — *Petit ulcère de la face postérieure au fond d'une bourse diverticulaire, siégeant au-dessus d'une biloculation gastrique. Syndrome clinique pseudo-cancéreux. Niche radiologique.*

M<sup>me</sup> H..., âgée de 53 ans, sans profession, a depuis 4 ans des vomissements pituiteux, mais jamais de vomissements alimentaires. Depuis 7 mois, après des chagrins, elle souffre de vives douleurs péri-ombilicales tardives, à type de tiraillement, à irradiations dorsales et en ceinture, durant 1 heure environ. Pas d'évolution par périodes. Elle a beaucoup maigri (11 kilos en 7 mois). Elle n'a plus aucun appétit et craint d'avoir un cancer. Examen clinique négatif. Aucun signe de syphilis, ni clinique, ni sérologique. Liquide céphalo-rachidien normal.

*Radio.* — Estomac biloculaire typique avec sténose du 1/3 moyen et très probablement un ulcus de la petite courbure du 1/3 supérieur (petite niche).

*Gastroscopie* (février 1933). — Elle est difficile en raison de spasmes multiples, cardiaque, médiogastrique, antral,

mais l'instrument franchit sans difficultés la partie moyenne du fundus. L'estomac est hypertonique, violemment contracté, à plis saillants très accusés. A 4 ou 5 cm. du cardia, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, on note un diverticule d'aspect cavitaire qui fait d'abord croire à un ulcus, mais ce diverticule est intermittent et on ne voit à son niveau aucune ulcération. Un mois après, la malade est revue radiologiquement et en gastroscopie.

*Radio.* — La biloculation persiste avec tous ses caractères de sténose organique.

*Gastroscopie* (faite après 3 jours d'atropinisation). — L'appareil arrive sur une biloculation serrée, infranchissable, du corps de l'estomac ; l'orifice de communication n'a que quelques millimètres d'ouverture ; il est parfois complètement fermé. La paroi voisine, irrégulièrement plissée, forme des plis radiés convergeant vers lui. En amont, à 1 cm. 5 de la biloculation, en pleine face postérieure, on voit un diverticule qui paraît se diriger en haut et en dehors et qui correspond à la niche visible sur le cliché. Au fond de lui, se loge un petite ulcère rouge, qui est partiellement masqué en haut par la limite supérieure de l'entonnoir formé par un plissement de la petite courbure. Un suintement sanguinolent s'échappe du diverticule.

**OBS. 17.** — *Ulcère de la face postérieure. Syndrome pseudo-gastritique. Radio négative. Bourse diverticulaire intermittente à la gastroscopie.*

M. B..., âgé de 29 ans, charcutier, se plaint depuis un an de douleurs épigastriques précoces, survenant presque dès le repas mais courtes (30 minutes environ), à type d'aigreur et d'acidité. Mérycisme très acide intermittent. Les troubles précédents n'ont pas évolué par poussées. Amaigrissement de plusieurs kilos depuis un an. Examen clinique négatif.

*Radio.* — Hyperkinésie gastrique. Pas d'image d'ulcère.

*Chimisme* (Ewald). — On retire 140 cc. de liquide, avec dépôt de pain bien divisé. Présence d'hématine.  $H = 0,51$ ;  $A = 1,16$ ;  $T = 2,55$ ;  $F = 1,19$ .

*Gastroscopie* (mai 1933). — Lac muqueux abondant. Au niveau de l'angle gastrique, en pleine face postérieure, on voit un ulcère de 8 à 10 mm. de diamètre, saignant légèrement, étoilé, entouré de gros plis radiants. Au cours de

l'examen, on observe une fermeture en bourse, rapide, des plis qui avoisinent l'ulcère. L'ulcère est dès lors dissimulé. Antre très spasmodique, qui ne s'ouvre que peu à peu. Pylore normal. Aucune gastrite appréciable, macroscopiquement ; en particulier la petite courbure est d'aspect tout à fait normal. L'ulcère n'a aucun rapport avec elle. Muqueuse plutôt pâle et non fragile.

OBS. 18. — *Ulcère cicatrisé de la petite courbure  
probablement d'origine traumatique.*

M. R..., âgé de 28 ans, mécanicien, reçoit en novembre 1934 un choc de manivelle extrêmement violent dans l'épigastre. Il reste 20 minutes sans connaissance. Les jours suivants, il se plaint de brûlures, de crampes précoces, et 20 jours après, dans l'après-midi, après une crise douloureuse particulièrement vive, il vomit de gros caillots sanglants. Depuis ce moment, il accuse de vives douleurs post-prandiales, accrues par l'alimentation ; il a quelquefois des douleurs nocturnes : parfois surviennent des vomissements pituiteux, mais jamais alimentaires. Il est examiné en juin 1935, 6 mois après son traumatisme. L'examen clinique ne révèle qu'une sensibilité plexiale.

*Radio.* — Dislocation verticale de l'estomac, hyperkinésie, bulbe en diabolique suspect. Un nouvel examen radiologique pratiqué 1 an après, montre un estomac et un duodénum d'aspect rigoureusement normal.

*Chimisme.* — Hématine : présence. *Achlorhydrie* ( $A = 0,51$   $H = 0$ .)

*GastroscoPie* (en juin 1935). — L'examen a été particulièrement complet. L'estomac est grand, très tolérant à l'air. La kinésie antropylorique est vive. Le pylore présente des mouvements d'ouverture très amples, à tel point que, au moment des phases de décontraction, les plis transversaux du duodénum sont visibles à travers le sphincter relâché. Il n'y a aucune lésion antrale, mais au niveau du corps on note une gastrite mamelonnée avec hypermyxie sur la petite courbure. De plus, en pleine petite courbure, au niveau de l'angle, à 11 ou 12 cm. du cardia, existe une dépression foncée de 8 à 10 mm. de diamètre en forme de nid, donnant d'abord l'impression d'un ulcère en activité dans les mouvements d'expiration. Dans les mouvements d'ins-

piration et en culbutant le malade en avant, la cupule se déplisse et on la voit tapissée d'une muqueuse identique à la muqueuse environnante. Dans l'ensemble, l'estomac est pâle, mais cette anémie locale ne s'accompagne pas d'anémie sanguine.

OBS. 19. — *Ulcères multiples et voisins de la petite courbure siégeant sur une tumeur inflammatoire. Syndrome ulcéreux peu typique. Niche radiologique.*

M. A..., âgé de 33 ans, souffre depuis 8 mois de l'estomac mais surtout depuis 3 mois se plaint de douleurs épigastriques droites, transfixiantes, survenant tardivement après les repas (2 ou 3 heures après les repas de midi et du soir), rendant parfois le sommeil impossible. Ces douleurs qui ne surviennent pas tous les jours, ont nettement tendance à augmenter. Elles sont aggravées par les crudités, diminuées par la chaleur, le décubitus latéral gauche et l'alimentation. Deux ou trois fois par semaine, 2 ou 3 heures après les repas (surtout le déjeuner), le malade vomit un mélange de liquide bilieux et d'aliments (300 à 500 cc.). Il a beaucoup maigri (8 kilos en 9 mois). L'examen clinique est négatif.

*Radio.* — Ulcus typique de la petite courbure, avec image diverticulaire.

*GastroscoPie* (juillet 1933). — Montre un estomac très allongé; l'examen en est très complet. Sur la petite courbure, à environ 15 cm. du cardia, à 2 doigts du pylore, on voit un premier ulcère rond, volumineux, de 1 cm. 5 environ de diamètre, qui est vu obliquement, caché par moments par un bourrelet d'amont. Le fond de l'ulcère, assez lisse, est entièrement noir, d'aspect plutôt hémorragique sphacélé. Deux ou 3 cm. plus loin on voit un deuxième ulcère du même aspect, mais un peu plus petit (1 cm. seulement de diamètre environ). Enfin, en avant et un peu à droite du lac muqueux, compris entre 2 plis hypertrophiés et formé d'une eau rousâtre, on voit une troisième ulcération, petite, cratériforme de 2 ou 3 mm. de diamètre, sanguinolente. Au delà des ulcères, aussi bien vers la face antérieure que vers la face postérieure, il y a un gros accroissement des plis. Le diagnostic gastrosopique avait été le suivant : 3 ulcères de la petite courbure avec gastrite hypertrophique. Mais une réserve était faite pour un ulcéro-cancer.

*Intervention.* — Ulcères simples siégeant dans une tumeur inflammatoire avec périgastrite marquée.

OBS. 20. — *Ulcères itératifs.*

M. B..., âgé de 40 ans, se plaint en 1932 de douleurs tardives, irrégulières, peu nettes, siégeant dans le flanc droit et ayant fait penser à une appendicite chronique. Une laparotomie exploratrice faite en juin 1932 montre un ulcère de 3 mm. de diamètre au niveau du bulbe. Résection pylo-ro-bulbaire (Polya I). En décembre 1933, il est examiné à nouveau pour une poussée douloureuse récente.

*Radio.* — Estomac normal. Béance de la région de l'anastomose.

*Première gastroscopie.* — L'estomac est très petit avec ouverture pyloro-duodénale en fer à cheval dirigée en bas et à droite. La muqueuse est normale, mais présente une ulcération irrégulière de quelques millimètres de diamètre sur la lèvre gauche et inférieure du fer à cheval. Il existe une gastrite érythématopultacée de la petite courbure.

En 1934, nouvelle intervention : appendicectomie.

*Deuxième gastroscopie.* — Elle est pratiquée au cours d'une crise particulièrement douloureuse durant depuis 2 mois. Gastroscopie difficile en raison de l'hyperkinésie et de l'intolérance au tube. La cavité gastrique est petite et plissée. Sur la ligne de résection, on voit une petite érosion répondant sans doute à l'ulcère antérieur presque cicatrisé. En pleine face postérieure, à peu près à mi-chemin du cardia et de la ligne de résection on découvre un gros ulcère fissuraire au fond d'une bourse de contraction.

*Troisième gastroscopie* (en avril 1935). — La muqueuse est d'aspect normal, sauf sur la moitié gauche de l'anneau de résection où elle paraît légèrement dépolie. Les plis et les contractions sont normaux. L'estomac est douloureux à l'insufflation et à la pulsion.

*Quatrième gastroscopie* (en mai 1936). — L'examen est fait après 15 jours de douleurs tardives et après une hématomèse violente. Le jour de l'examen, le malade a eu un vomissement bilieux contenant quelques caillots. La gastroscopie qui a pu être complète, montre l'intégrité absolue de l'anastomose gastro-duodénale. D'autre part, sur la face posté-

rieure au-dessous de la zone cérébroïde, on voit une bourse de contraction en mouvement lent ; il y a une sorte de buée sanguine à l'entrée, mais si l'on soupçonne une fissure, on ne peut l'affirmer.

OBS. 21. — *Ulcère fissuraire de la petite courbure moyenne. Radio négative. Syndrome clinique plus gastritique qu'ulcéreux.*

M. C..., âgé de 45 ans, chauffeur, se plaint de l'estomac depuis 30 ans. Il souffre 3 ou 4 heures après les repas de midi et du soir, de malaises plus que de douleurs vraies, à type de pesanteurs et de brûlures peu intenses, calmées par les alcalins. Quelques vomissements dans la journée, 4 heures après le repas de midi. Régurgitations acides. Éthylisme probable. Pas d'évolution par périodes nettes. Examen clinique négatif.

*Radio.* — Estomac petit. Hyperkinésie modérée. Bulbe petit, en rétroposition légère.

*Chimisme* (fait 3 mois après) après repas d'Ewald. — On retire 230 cc. de liquide avec dépôt de pain bien divisé. Présence d'hématine. H = 0,94, T = 3,5, A = 2,19, F = 0,91.

*Cytodiagnostic.* — Très peu de polynucléaires, quelques cellules rondes.

*GastroscoPie.* — L'estomac est petit, hypertonique, quelques mucosités avec sang noirâtre dans le lac muqueux. Et surtout sur la petite courbure, on découvre une ulcération fissuraire, à 5 ou 6 cm. du cardia, difficile à voir en raison de son siège au fond d'un pli et de son voisinage du cardia qui gêne la mise au point. Il existe en outre une gastrite de la petite courbure et du corps de l'estomac du type mamelonné et pultacé. Aucune gastrite antrale.

OBS. 22. — *Ulcère profondément enfoui dans un œdème inflammatoire. Syndrome pseudo-cancéreux clinique et gastrosopique. Pas de niche radiologique.*

M. E..., âgé de 54 ans, se plaint de pesanteurs depuis 6 mois. Il a beaucoup maigri.

*Radio.* — Biloculation au 1/3 supérieur de l'estomac, probablement d'origine organique.

*GastroscoPie.* — L'examen est rendu difficile par l'émo-

tivité du malade et l'intolérance à l'air de l'estomac. L'appareil est d'abord arrêté au 1/3 supérieur de l'estomac par une biloculation incomplète que l'on arrive à franchir. On voit alors sur le 1/3 moyen de la petite courbure un large plateau mamelonné et saignant, de 8 à 10 cm. de haut, à cheval sur sa petite courbure mais beaucoup plus étendu sur la face antérieure. Cette tumeur donne l'aspect d'une masse néoplasique.

Dans le liquide extrait avant le tubage : H = 0,50, T = 0,80.

*Cytodiagnostic* du liquide extrait à jeun. Purée de polynucléaires, beaucoup d'éosinophiles, le tout dans un dépôt fibrineux, pseudo-membraneux sans microbes.

*Intervention.* — On trouve une plaque inflammatoire avec œdème dur au centre, un pertuis très étroit menant dans un ulcère en gourde, profondément logé et complètement caché, en somme, par l'œdème inflammatoire.

OBS. 23. — *Petit ulcère fissuraire de la petite courbure moyenne. Syndrome clinique peu typique. Radio négative.*

M. C..., âgé de 36 ans, se plaint de douleurs post-prandiales tardives, quotidiennes, depuis 6 mois. Examen clinique négatif.

*Radio.* — Spasme intermittent de la grande courbure, mais pas de niche visible sur la petite courbure.

*GastroscoPie.* — Très grand estomac à plis peu marqués. Spasme au début de l'examen. A 5 ou 6 cm. au-dessus de l'angle gastrique, sur la petite courbure on voit un petit ulcère de 4 mm. environ de diamètre, profondément niché dans un plissement en V. Son fond est brunâtre et effiloché. En arrière, vers la face postérieure, on voit obliquement, presque de champ, une zone exulcérée saignante. Peut-être est-ce là un deuxième ulcère ?

L'estomac est plutôt pâle, sauf au 1/3 moyen, où existe un peu de gastrite érythémato-pultacée. La muqueuse de la petite courbure est fragile. Il y a de l'hypermyxie.

*Cytodiagnostic.* — Très peu de polynucléaires. Purée de cellules rondes, moyennes, les unes résistantes, les autres plus ou moins éclatées.

OBS. 24. — *Volumineux ulcère cavitaires de la petite courbure, face antérieure moyenne. Niche radiologique nette. Syndrome clinique de cancer.*

M. H..., 59 ans, philatéliste, ne souffre de l'estomac que depuis 1 mois. Le début a été marqué par de l'anorexie et des vomissements. Il se plaint de douleurs peu vives, siégeant surtout à gauche, marquées surtout en position debout, calmées au contraire par le décubitus. L'anorexie est complète. Le malade est très fatigué et a maigri. Il a suivi un régime strict sans aucune amélioration. L'examen clinique est négatif. Aucune sensibilité épigastrique ; aucune adénopathie.

*Formule sanguine* à peu près normale, sauf une polynucléose à 72 p. 100.

*Un premier examen radiographique* a été négatif. Un deuxième examen montre sur le 1/3 inférieur de la petite courbure une grosse niche carrée, nettement sur une face, tout en étant visible sur le cliché frontal, sans bulle d'air. L'image cavitaires n'a pas une tonalité homogène. A plat ventre, en couche mince, on voit sur le corps 3 ou 4 gros plis, écartés, peut-être interrompus à la hauteur de la niche.

*Chimisme.* — A = 2,10, H = 0,90.

*GastroscoPie.* — L'ulcère siège immédiatement au-dessous de l'angle gastrique, sur la petite courbure, mais il empiète largement sur la face antérieure. Il ne mord pas du tout sur la face postérieure. Il est oblong ovalaire, à grand axe presque horizontal (un peu oblique en haut et à gauche), de 2 cm. de long sur 15 mm. de large environ. Son extrémité distale enjambe légèrement l'angle gastrique. Les 3/4 antérieurs sont plats, recouverts d'un enduit crémeux blanc jaunâtre. Le 1/4 postérieur est creux, d'aspect détritique. Il est encadré entre l'angle gastrique en aval, et, en amont, un plissement atonique de la paroi qui retombe devant lui. Il n'y a pas dans les conditions d'examen gastrosopique, de cône d'attraction pouvant expliquer l'importance de l'image cavitaires radiologique. Cet ulcère n'est entouré d'aucune gastrite ; il est littéralement creusé sur une muqueuse d'apparence saine. Le reste de l'estomac ne présente rien d'anormal. Il est atone, tolérant à l'air, mais sensible à la distension gastrique poussée. La muqueuse est un peu pâle, mais ne présente aucun signe de gastrite. Les plis sont absolument normaux.

Trois mois plus tard, le malade va mieux. Il ne souffre plus. La très volumineuse niche a complètement disparu.

OBS. 25. — *Petits ulcères multiples de la voie gastrique.*

*Radio négative. Syndrome clinique ulcéreux typique.*

M. B..., âgé de 40 ans, souffre depuis 16 ans de l'estomac par périodes douloureuses très nettes, survenant tous les 6 mois, en moyenne, parfois tous les ans ou tous les 2 ans, durant quelques semaines. Les douleurs sont tardives (17 heures, 2 heures du matin); elles durent parfois plusieurs heures, prennent le caractère de crampes épigastriques, irradient dans le dos. Au cours des poussées, surviennent quelques vomissements de type piteux, jamais alimentaires. Dès 1928, on avait reconnu radiologiquement un ulcère du bulbe avec gêne pylorique transitoire. Le malade est réexaminé en juin 1934 pour une poussée douloureuse très longue durant depuis 6 mois, mais particulièrement vive depuis 15 jours. A l'examen clinique, sensibilité épigastrique, clapotage marqué 3 heures après le repas.

*Radio.* — Aucune gêne pylorique. Bulbe paraissant étriqué et inextensible.

*Cytodiagnostic.* — Nombreux polynucléaires. Cellules fusiformes. Beaucoup de petites cellules plates oxyphiles, de taille différente.

*GastroscoPie.* — L'estomac est très grand. Et à la jonction de la petite courbure et de la face antérieure, à 8 cm. du cardia, on voit 2 petits ulcères cupuliformes, presque côte à côte, séparés par un seul pli, à fond jaunâtre, comme voilés par une brume rougeâtre. L'antré est libre. Le pylore est en fer à cheval, béant : la muqueuse est pâle. Les plis de la face postérieure sont très marqués dans sa partie basse.

OBS. 26. — *Ulcère de la petite courbure face postérieure moyenne. Radio positive. Syndrome clinique pseudo-gastrique.*

M. P..., âgé de 34 ans, présente une très vieille histoire de malaises, d'aigreurs, de brûlures, subcontinues avec renforcements tardifs de siège épigastrique, et à irradiations très hautes et postérieures. Aucune périodicité nette dans ces troubles, qui se sont nettement aggravés depuis 4 mois.

*Chimisme.* — A = 2,19, T = 4,30, H = 1,68, F = 1,10.

*Radio.* — Aspect en nid de pigeon vers le 1/4 supérieur de la petite courbure.

*GastroscoPie.* — Très grand estomac. A la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, à 6 cm. du cardia, on voit un ulcus cupuliforme voilé de sang dissimulé dans les nids de pigeon de la face postérieure. L'antré est petit : le pylore spasmé. Aucune gastrite ni antrale, ni du corps de l'estomac.

OBS. 27. — *Ulcère de la voie gastrique au centre d'une tumeur inflammatoire. Radio positive. Histoire plutôt de cancer que d'ulcus.*

M. P..., cimentier, âgé de 52 ans, qui n'avait jamais souffert de l'estomac auparavant, se plaint depuis 1 an seulement de douleurs progressives, à type de crampes demi-tardives, de siège épigastrique. Il n'a présenté qu'une légère période de sédation pendant 2 mois. Des vomissements sont fréquents, qui calment les douleurs. Amaigrissement important, de près de 20 kilos. Anorexie complète et dégoût du tabac. L'examen clinique est négatif.

*Chimisme* (Histamine). — Normal H = 1,09, A = 3,72.

*Radio.* — Niche typique de la petite courbure au 1/3 supérieur, sur le versant antérieur.

*La gastroscopie* montre un ulcère à la jonction de la petite courbure et de la face antérieure, ulcère creusé sur une volumineuse tumeur inflammatoire qui s'oppose à l'introduction du tube au delà de la région sous-cardiaque. Spasme de biloculation intermittent.

Quelques semaines après, le malade va mieux ; la niche persiste. Trois mois après, il n'y a plus aucune douleur et la niche a disparu radiologiquement.

OBS. 28. — *Ulcères cavitaires multiples de l'angle gastrique. Syndrome clinique pseudo-gastritique. Disparition de l'ulcère en 4 mois.*

M<sup>me</sup> R..., âgée de 31 ans, présente depuis 3 ou 4 ans, des signes de dyspepsie gastro-intestinale complexe : digestions très lentes, douleurs discontinuelles à type de pesanteurs et de malaises en sortant de table ; nausées surtout le matin

au réveil ; le régime n'a que peu d'action sur ces troubles. Les selles sont diarrhéiques ; le ventre est souvent ballonné. La malade se plaint de céphalées fréquentes et a maigri un peu. A l'examen, clapotage gastrique marqué.

*L'examen radiologique* de l'estomac est absolument normal.

*Chimisme* (Histamine). —  $H = 1,09$ ,  $A = 2,55$ .

*GastroscoPie* (déc. 1935). — Sur la petite courbure, un peu en amont du pilier postérieur, on note 2 ulcères cavitaires, de plusieurs millimètres de profondeur, étagés de haut en bas et d'avant en arrière ; le supérieur est plus profond. Ces ulcères, à fond rouge brun, saignent fortement, surtout le supérieur. D'autre part existe une gastrite mamelonnée généralisée discrète. L'antré et le pylore sont normaux.

Quatre mois après, la malade va mieux ; elle a encore de temps en temps quelques pesanteurs demi-tardives. Une nouvelle *gastroscoPie* montre alors la disparition complète de la gastrite mamelonnée. Les 2 ulcères précédemment observés sont complètement cicatrisés ; à leurs emplacements subsistent 2 dépressions cupuliformes de quelques millimètres de profondeur, un peu plus pâles que le reste de la muqueuse.

OBS. 29. — *Ulcère dormant de la face postérieure moyenne.*  
*Vagues troubles dyspeptiques.*

M<sup>me</sup> G..., 30 ans, présente un syndrome dyspeptique ancien, datant de l'adolescence. Il n'y a pas de douleurs vraies, mais de simples malaises irréguliers.

*Chimisme*. — AT : 1,8 ; HCl : 1,02 ; Cl total : 3,4.

*GastroscoPie*. — En pleine face postérieure, à 6 ou 7 cm. du cardia, on voit un *champ ulcéreux* de 1 cm. environ, en forme de lobe d'oreille. La partie supérieure, vers le cardia, paraît cicatrisée. L'ensemble de la lésion est enfoncé au-dessous du plan de la muqueuse voisine ; son fond est fissuraire, rougeâtre. Il existe, d'autre part, une *gastrite atrophique* manifeste : les plis de la muqueuse sont effacés surtout vers le pilier antérieur ; en amont de celui-ci, sur une zone tout à fait lisse, on voit serpenter une veine flexueuse, longue de plusieurs centimètres. La petite courbure présente un aspect un peu mamelonné.

OBS. 30. — *Ulcère géant de la petite courbure.*

*Histoire clinique peu typique d'ulcère. Niche à la radio.*

M. H..., vétérinaire, âgé de 21 ans, se plaint depuis 6 mois de douleurs à l'heure demi-tardif (1 heure à 1 heure 1/2 après les repas), à type de brûlures et de crampes peu vives, siégeant dans la partie gauche de l'épigastre, n'irradiant pas, diminuées par le décubitus dorsal. Ces douleurs n'ont pas tendance à augmenter. Sueurs abondantes, bouffées vaso-motrices, bradycardie. Pas de douleurs épigastriques nettes.

*Chimisme* (Ewald). — 240 cc. de liquide sont retirés : A = 1,60; H = 0,65; T = 3,50; F = 1,31.

*Radio.* — Petit estomac hypertonique transversal. Sur la petite courbure, au 1/3 moyen, énorme image cavitaire de 4 cm. sur 3, d'aspect grumeleux.

*GastroscoPie.* — La gastroscoPie est facile, mais au-dessous du cardia, le tube ne franchit la lésion qu'avec un ressaut sensible, indiquant une amorce de biloculation. A 8 cm. environ du cardia, exactement dans l'axe de la petite courbure, on voit un énorme ulcère de 4 cm. de diamètre environ, un peu plus allongé que large cependant; son fond est invisible, entièrement tapissé par une épaisse couche de mucus, où apparaissent à la fin de l'examen un ou deux points rosés; ses bords bombent en dôme et ce dôme inflammatoire s'étend sur 4 ou 5 cm. sur tout le tour de l'ulcération laquelle se creuse ainsi dans une véritable tumeur inflammatoire.

La niche radiologique correspond entièrement et uniquement à la cavité de l'ulcère rendue plus profonde par l'œdème voisin. Noter que du côté de la face postérieure, l'ulcère forme un bord assez abrupt. Il n'y a aucune fragilité, aucune gastrite associée. Antre et pylore paraissent normaux.

*Intervention chirurgicale.* — Gastrectomie. L'ulcération a dû être décollée du pancréas auquel elle adhérait. Il s'agit d'un ulcère simple sans dégénérescence néoplasique.

OBS. 31. — *Ulcère de la petite courbure haute sur tumeur inflammatoire.*

M. L..., âgé de 55 ans, s'est plaint il y a 2 ans de douleurs tardives calmées par l'alimentation. Ces douleurs ont duré

1 an. Il y a 2 mois 1/2 sont apparues de vives douleurs dans les hypochondres avec nausées violentes qui surviennent 2 heures après le repas et dès que le malade s'étend. Elles durent 1/4 d'heure environ et sont calmées par les alcalins et la belladone. Le malade est anorexique, et il a perdu 8 kilos depuis 2 mois.

L'histoire clinique évoquait donc plutôt l'ulcère que le cancer mais l'examen radiologique orientait franchement vers le cancer : sur le 1/3 supérieur de la petite courbure, en position couchée, on voyait nettement en effet sur les clichés un état marécageux sans aucune niche.

La gastroscopie montre alors une tumeur inflammatoire, lisse, régulière, d'un beau rose, siégeant à la jonction de la petite courbure haute et de la face antérieure à quelques centimètres du cardia. Au centre de cette tumeur, on finit par apercevoir avec beaucoup de peine un petit ulcère très profond. Tout le reste de l'estomac est normal : ni hyper-sécrétion, ni modification de la couleur, ni fragilité de la muqueuse.

OBS. 32. — *Petit ulcère plat de la petite courbure.*

*Radio : pas de signes d'ulcère. Syndrome clinique peu typique.*

M. C..., âgé de 52 ans, se plaint depuis 2 ans de douleurs tardives sans irradiations avec amaigrissement de 9 kilos.

*Chimisme.* — H = 3,20 ; 2 = 4,81.

*Radio.* — Elle montre simplement un étirement en carotte de l'antré, à pointe vers la région sous-hépatique.

*Gastroscopie.* — L'estomac est hypertonique. Sur la face postérieure, on voit une zone d'aspect cicatriciel, à fond mamelonné. A la jonction de la petite courbure et de la face antérieure, un petit ulcère en raquette.

OBS. 33. — *Ulcère géant térébrant de l'angle gastrique. Niche volumineuse. Syndrome clinique récent et pseudo-cancéreux.*

M. M... (malade adressé par le Dr A. Girault), âgé de 54 ans, ne souffre de l'estomac que depuis 6 semaines, il se plaint de douleurs tardives avec vomissements alimentaires. Il y a de l'anorexie et un amaigrissement foudroyant de 11 kilos en 6 semaines.

*Radio.* — On voit sur la partie moyenne de la petite cour-

bure une niche de dimensions considérables, avec aspect marécageux de l'image gastrique à hauteur de la lésion.

*GastroscoPie* (planche III, fig. 3). — Il n'y a ni hyperkinésie, ni intolérance à l'air, ni spasme du cardia ou du corps. Immédiatement en amont de l'angle gastrique, à 9 cm. du cardia, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, se creuse un énorme ulcère, de 6 cm. de long sur 4 environ. Son fond jaunâtre, partiellement rempli de mucosités, est entouré d'un liséré carminé que masque plus ou moins la saillie du bourrelet péri-ulcéreux nette surtout en haut et vers la face antérieure. Cet ulcère très profond, se creuse sur une vaste boule d'œdème à muqueuse lisse très rouge.

Un deuxième examen fait 15 jours plus tard permet de retrouver la lésion, un peu moins profonde, mais nettement plus étalée vers la face postérieure. Le fond mieux détergé permet d'apercevoir des mamelons saillants, semés de points hématiques. Ces mamelons correspondaient aux bosselures pancréatiques, comme le montra l'intervention.

*A l'intervention.* — On trouve, en effet, un énorme ulcère géant de la petite courbure face postérieure, à fond pancréatique. Présence de gros ganglions sans dégénérescence néoplasique. Gastro-entérostomie.

OBS. 34. — *Ulcère géant et térébrant de la petite courbure. Enorme niche à la radio. Syndrome clinique ulcéreux peu typique.*

M. L..., âgé de 52 ans, souffre depuis la guerre de douleurs d'estomac à horaire tardif, assez irrégulières dans leur apparition journalière et dans leur évolution dans l'année. Il n'y a ni anorexie, ni amaigrissement, sauf au moment des poussées, où on constate une perte temporaire de poids.

*Radio.* — On voit une énorme image cavitaire à la partie moyenne de la petite courbure, avec de gros plissements et bourrelets à hauteur de la niche.

*GastroscoPie.* — Ni spasme, ni intolérance à l'air, ni hypertonie. Examen rendu cependant difficile par l'existence de mucosités bronchiques. Antre et pylore normaux. L'examen de la petite courbure est difficile : un gros bourrelet tombant du cardia masque d'abord la lésion. En inclinant le malade du côté de la tête, on dégage un ulcère géant qui

siège en pleine petite courbure, qui a 6 cm. de long sur 3 de large environ, allongé le long de l'axe gastrique. Son fond est revêtu d'une fausse membrane blanche porcelanée. Ses bords sont volumineux, réguliers, non saignants. La partie proximale de l'ulcération est cachée par la saillie d'amont de la petite courbure.

*Réséction.* — Ulcus géant de la petite courbure adhérent au pancréas.

OBS. 35. — *Ulcère de la face postérieure sous-cardiaque.*

*Radio négative. Histoire clinique peu typique.*

M<sup>me</sup> V... (D<sup>r</sup> Chevallier), âgée de 44 ans, se plaint depuis 20 ans, de façon intermittente, de douleurs semi-tardives consistant en brûlures et en crampes qui surviennent 1/2 heure après les repas. Ces douleurs ont été violentes, il y a 20 ans. Examen clinique négatif.

*Chimisme (Histamine).* —  $HCl = 0$ ,  $A \text{ totale} = 0,3$ ,  $A \text{ libre} = 0 \text{ Cl}$ ,  $\text{total} = 2,8$ .

*L'examen radiologique* ne montre rien d'anormal.

*GastroscoPie* (15 octobre 1934). — L'antre, le pylore et le sphincter de l'antre sont tout à fait normaux. Il existe une gastrite mamelonnée très légère des faces antérieure et postérieure. Au fur et à mesure que l'on remonte vers le cardia, les plis paraissent plus accentués, œdédiés, et recouverts d'un enduit pultacé. Sur la face postérieure, à 4 ou 5 cm. à peine du cardia (l'objectif dépasse à peine la valvule cardiaque), on voit un ulcère de 1 cm. 5 environ, selon son grand axe, oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Cet ulcère d'aspect brun rouge, présente des bords très apparents. Il est entouré d'une zone œdédiée, pultacée, blanche, d'où l'aspect un peu cratériforme de la lésion.

Quatre mois après, la malade est revue en *gastroscoPie*. L'ulcère est guéri, mais à sa place la muqueuse est mince, entourée d'une sorte d'ourlet hexagonal et de plis œdédiés.

OBS. 36. — *Ulcère du pylore, avec atésie de l'antre par œdème inflammatoire. Syndrome pseudo-cancéreux clinique, radiologique et gastroscoPique.*

M. D..., âgé de 45 ans, se plaint depuis 1 an de troubles gastriques avec vomissements à horaire tardif ; il vomit

tous les jours le déjeuner à 6 ou 7 heures du soir, en 2 ou 3 fois, et quelquefois le dîner, vers 3 heures du matin. Il a beaucoup maigri.

A l'examen radiologique pas d'imprégnation de la vésicule biliaire par le tétraïode (lithiase vésiculaire ?). Et surtout l'estomac est petit ; son bas-fond est à 6 doigts au-dessus des crêtes ; l'antré a une forme en pipe ; il n'est jamais dessiné correctement ni complètement bien qu'il paraisse souple à la mobilisation, il n'y a aucune contraction à son niveau.

La gastroscopie montre sur la partie supérieure de la petite courbure une gastrite prononcée, morbilliforme, érythémato-pultacée. Sur le corps, les plis sont très saillants, hypertrophiés surtout à la face postérieure. Le sphincter de l'antré est largement ouvert, mais l'antré est très petit, atrésié, semblant peu ou pas extensible. Il est absolument lisse, ne présente aucun pli. La muqueuse est très régulière, peut-être un peu pâle.

Ces constatations gastroscopiques, jointes aux déformations radiologiques de l'antré, font penser à une tumeur maligne de l'antré et le malade est opéré. On découvre alors un gros ulcère juxta-pylorique ; il fut d'ailleurs impossible de savoir s'il s'agissait d'un ulcère du bulbe ou du versant gastrique du pylore. Cet ulcère s'accompagnait d'une péri-gastrite marquée ; et les déformations radiologiques et gastroscopiques constatées étaient dues à un œdème antral marqué, d'aspect presque phlegmoneux.

OBS. 37. — *Ulcère conjugué du cardia et de la face postérieure. Radio suspecte. Histoire ulcéreuse type.*

M. P..., concierge, âgé de 51 ans, vient consulter pour des périodes douloureuses durant 5 à 6 semaines, survenant depuis 5 à 6 ans. Les douleurs sont nettement tardives (5 à 6 heures après les repas) et calmées par les aliments. Six mois auparavant, une appendicectomie n'a donné aucune amélioration. Le malade est examiné au cours d'une poussée douloureuse particulièrement vive, qui dure depuis 2 mois. L'examen clinique ne fournit aucun renseignement.

*Chimisme (Histamine).* — H = 2,19 ; A = 4,37.

L'examen radiologique révèle simplement un aspect étroit et irrégulier de la partie pré-pylorique de l'antré.

*La gastroscopie* (février 1934) montre un estomac très petit, hypertonique, spasmé au début (spasme médio-gastrique, puis antre préfermé). Le pylore livre passage à des régurgitations duodénales incessantes et surtout on découvre 2 ulcères : l'un au-dessous du cardia, de 12 mm. de diamètre, ulcère plat vu tangentiellement, à fond blanc, à liséré rouge saillant, refoulé et hors de vue dès insufflation. L'autre siège à la base du pilier postérieur, ulcère anfractueux d'aspect détritique hémorragique de 1 cm. de diamètre, dont le fond est centré par une fausse membrane jaune de 5 mm. de diamètre. Autour de l'ulcère, il y a une hypertrophie considérable des plis.

Quatre mois après, le malade va beaucoup mieux. Il ne souffre plus, a repris du poids et une nouvelle *gastroscopie* montre la cicatrisation presque complète des deux ulcères. A 3 cm. environ du cardia, l'objectif étant à peine dans l'estomac, on revoit l'ulcère constaté au 1<sup>er</sup> examen, sous forme d'une tache blanche, ovalaire, de 12 mm. de diamètre, un peu déprimée, lésion en réparation déjà plus ou moins épithélisée. Au milieu du pilier postérieur, on voit une dépression cupuliforme régulière, recouverte simplement de muqueuse un peu plus pâle qu'à la périphérie et bordée en amont d'un relief muqueux fragile, et présentant une buée pourpre après contact du tube. En somme, des 2 ulcères, l'un est complètement cicatrisé, l'autre, celui qui est juxta-cardiaque, est épithélisé.

OBS. 38. — *Ulcère plat juxta-cardiaque. Radio négative.*  
*Histoire ulcéreuse typique.*

M. D..., âgé de 45 ans, présente depuis 15 ans, une histoire ulcéreuse des plus typiques, avec des périodes douloureuses très violentes durant 15 jours à 3 semaines, survenant tous les 3 et 4 ans (1921-1925-1929-1932-1936), avec, dans l'intervalle, parfois des poussées ébauchées de quelques jours, arrêtées par le régime lacté. Dans l'intervalle des poussées, il n'y a absolument aucun trouble digestif. Au moment des périodes douloureuses, les crises sont tardives, survenant 3 à 4 heures après tous les repas ; il y a des nausées mais rarement des vomissements ; jamais d'hématémèses ; le malade a maigri de plusieurs kilos.

La dernière poussée douloureuse a été d'une violence extrême, véritable *crise tabétiforme* à laquelle rien ne manquait : ni l'intensité extrême des douleurs, ni l'intolérance gastrique absolue avec vomissements incessants, ni l'altération de l'état général avec amaigrissement, pâleur, facies grippé.

*Le chimisme* (après repas d'Ewald) a été de :  $A = 3,13$  ;  $HCl = 0,80$  ;  $T = 4,16$  ;  $C = 2,20$  ;  $F = 1,16$ .

*Radio.* — De multiples examens *radiologiques* n'ont jamais montré qu'une encoche de la grande courbure gastrique à 2 cm. du pylore.

Le malade est alors examiné le 5 février 1936 au *gastroscope*. L'examen est rigoureusement total, y compris la petite courbure de l'antra. La déformation constatée sur les films ne correspond à rien d'endo-gastrique. On note une *gastrite mamelonnée* des plus nettes de la petite courbure et de la face postérieure adjacente, composée de mamelons très gros, très serrés, à surface pultacée, avec quelques érosions punctiformes, au fond des espaces inter-mamelonnaires. De plus, au centre de la région mamelonnée, à 4 cm. du cardia, se voit une zone bombée rigoureusement lisse, sur laquelle s'étale un ulcère triangulaire plat à fond jaunâtre, à pointe dirigée vers le cardia. Cet ulcère à 12 à 15 mm. de long sur 8 à 10 mm. de large.

OBS. 39. — *Ulcère juxta-cardiaque. Radio positive.*  
*Syndrome clinique d'aérophagie et non d'ulcère.*

M. R..., âgé de 60 ans, souffre depuis 3 mois de douleurs très haut situées, intra-thoraciques, « sur le cœur » tantôt à type de plénitude, de gonflement expansif, tantôt à type constrictif, sensation de corselet qui se serrerait de plus en plus. Ces troubles sont nettement rythmés par l'alimentation : ils surviennent de 20 minutes à 2 heures après le repas de midi seulement, jamais la nuit, et durent 2 heures environ. Ils s'accompagnent de fatigue, d'un amaigrissement de 2 kilos dû à la restriction alimentaire volontaire. Ces troubles ont été attribués à l'existence d'une poche à air volumineuse, visible à l'examen radiologique. Celui-ci ne montre rien d'autre.

*Le chimisme* à l'histamine révèle une chlorhydrie élevée :  $H = 2,78$  ;  $A = 4,52$ .

*Gastroscopie.* — On trouve un estomac hypertonique, très petit, peu extensible, mais ayant une bonne tolérance à l'air. L'antré et le pylore sont normaux, mais à mesure que l'on remonte vers le cardia, l'estomac est plus rouge et, sauf au niveau de la grande courbure, a un aspect succulent avec plis effacés. Cet aspect augmente encore à partir de 5 cm. du cardia, où les plis et la muqueuse prennent un aspect boursoufflé. Enfin, au ras du cardia, on découvre un petit ulcère de 1 cm. de diamètre, absolument typique, à fond jaune, à liséré carminé. Cet ulcère est extrêmement proche du cardia puisque, quand on insuffle en le regardant, l'air arrive dans l'œsophage.

Notons qu'un nouvel examen radiologique, centré sur la région du cardia, a permis au Dr Bécélère de retrouver l'ulcère qui était passé inaperçu à un premier examen.

OBS. 40. — *Ulcère juxta-cardiaque.*

*Syndrome pseudo-gastritique. Achlorhydrie. Radio muette.*

M<sup>me</sup> G..., âgée de 48 ans, se plaint depuis plusieurs années de douleurs irrégulières de l'hypochondre droit, irradiant vers le bas-ventre, qui sont très tardives (6 à 8 heures du soir) et s'accompagnent de ballonnement abdominal. Elle a maigri de 20 kilos en plusieurs années ; elle se plaint d'asthénie et d'anémie croissantes depuis quelque temps. Une appendicectomie a été pratiquée il y a 10 ans pour appendicite chronique (?), mais n'a donné aucune amélioration. On a pensé à une affection vésiculaire, mais il n'y a jamais eu d'ictère. La cholécystographie après tétraïode montre une vésicule peu ou pas imprégnée, sans image calculeuse visible. A l'examen clinique, on trouve seulement une ptose gastrique marquée.

Un chimisme après histamine montre à deux reprises une hypochlorhydrie, presque une achlorhydrie. Le 3 mars 1935 : H = 0,43, A = 1,31. Le 26 nov. 1935 : H = 0,65, A = 1,54.

L'examen radiologique découvre seulement un estomac ptosé et atone, sans signe d'ulcère.

*Gastroscopie* (mai 1935). — L'estomac est très grand et très pâle ; le pylore est entièrement immobile et l'antré indistinct. La muqueuse est un peu mamelonnée et hyper-sécrétante. Enfin, à 4 cm. environ du cardia, en pleine face

postérieure, on voit une zone déprimée, anfractueuse en entonnoir irrégulier, au fond de laquelle existe un ulcère hémorragique, mal discernable, de 1 cm. de diamètre environ.

OBS. 41. — *Ulcère fissuraire de la face postérieure juxta-cardiaque. Un seul signe clinique : des hématomèses. Radio négative.*

M. P... (D<sup>r</sup> Chevallier), âgé de 49 ans, a présenté à deux reprises, en 1933 et en 1935, une hématomèse suivie de melæna. Il n'y a aucun signe dyspeptique, sauf une sensation de ballonnement après les repas. A l'examen on note outre des signes d'éthylisme, l'existence d'une grosse rate largement percevable, palpable, sans hépatomégalie.

*L'examen du sang* révèle une anémie marquée à 2.900.000 avec baisse de la valeur globulaire (0,86) ; il y a une leucopénie marquée à 1.600 sans modification de la formule blanche.

*Chimisme (Histamine).* — HCl + A total : 2,7, A libre : 1,3, Cl total : 4,3.

*L'examen radiologique* ne montre rien d'anormal.

*La gastroscopie* ne révèle d'abord rien d'anormal, sinon une hypertonie surtout nette sur la face postérieure. Puis à 4 cm. du cardia, on découvre, sur la face postérieure, difficilement explorable en raison de sa proximité de l'objectif, un ulcère fissuraire de 1 cm. 1/2 de long, vertical, visible avec netteté seulement en inclinant le malade vers les pieds. La muqueuse qui entoure l'ulcère est d'aspect succulent, œdématié, de couleur rouge noir, saignant. Il paraît s'agir d'un ulcère fissuraire juxta-cardiaque ou d'un ulcère dans une bourse fermée.

OBS. 42. — *Ulcère du pylore invisible en gastroscopie. Radio positive.*

M. B..., âgé de 36 ans, fossoyeur, présente depuis 2 ans des périodes douloureuses, d'abord de 3 à 4 semaines, puis espacées de quelques mois. Peu à peu les poussées se sont rapprochées et actuellement périodes de calme et phases douloureuses ne sont plus que de quelques jours. Les douleurs apparaissent très tôt (1/4 d'heure) après les repas ;

à type de brûlure, elles siègent à l'épigastre et irradient en arrière; elles durent 20 minutes environ et sont calmées par les vomissements alimentaires qui sont très fréquents. Il y a en outre des douleurs irrégulières dans l'intervalle des repas, sans horaire précis. Rien à noter à l'examen : ni clapotage, ni ondulations péristaltiques, éthylysme modéré.

*Chimisme* (histamine). —  $A = 2,95$ .

*L'examen radiologique* montre à plusieurs reprises des déformations importantes de la région antrale, avec encoche persistante du bord inférieur de la région prépylorique. L'estomac est hypersthénique; les passages pyloriques sont peu nombreux et difficiles. Un dernier examen fait en décembre 1935 révèle une image diverticulaire de la région pyloro-bulbaire, mais sans qu'il soit possible de localiser l'ulcère à l'antra, au pylore ou au duodénum.

*La gastroscopie* qui est facile, montre une région antropylorique normale. On ne voit aucune lésion entre le sphincter de l'antra et le pylore.

Le malade est opéré quelques semaines après, au cours d'une crise particulièrement douloureuse (Dr Mocquot). Voici le compte rendu opératoire : Ulcère térébrant pénétrant dans le pancréas, situé sur la face postérieure du pylore; résection et suture bout à bout gastro-duodénale. L'examen de la pièce a montré sur la partie postérieure et supérieure du pylore un ulcère cratériforme à bords taillés à pic, dont le fond était perforé et comblé par du tissu pancréatique. Tout autour de l'ulcère, la muqueuse est rouge et œdémateuse.

OBS. 43. — *Ulcère plat de l'angle gastrique à forme pseudo-gastritique. Radio négative. Cicatrisation de la lésion en 1 mois.*

M. P..., garçon de café, âgé de 53 ans, se plaint de l'estomac depuis 5 ans. A ce moment sont apparues des pesanteurs post-prandiales sans douleurs vraies, suivies parfois de vomissements qui calmaient les malaises. Soigné pour ptose gastrique par le port d'une ceinture et le régime, il a été très amélioré, a eu des périodes de mieux, mais il a été impossible de retrouver une périodicité dans les douleurs. En mai 1936, il vient nous consulter pour une exagération des

phénomènes, datant de 15 jours. Il se plaint en effet de douleurs épigastriques peu vives, à type d'élançements, survenant 2 à 3 heures après le repas de midi, mais pas tous les jours. Ni hématomèse, ni méléna. Léger amaigrissement. Examen clinique négatif.

*L'examen radiologique*, montre un estomac atone, hyposthénique, à parois souples, sans troubles de l'évacuation. En demi-replétion, on observe un défaut de remplissage lacunaire de l'antrum.

*À la gastroscopie* on découvre un estomac très volumineux, à plis bas présentant un degré net de gastrite atrophique avec visibilité des vaisseaux au niveau du bas-fond. De plus, sur le pilier antérieur de l'antrum, près de la clef de voûte, on voit une ulcération plate en forme de raquette allongée de haut en bas, dont la petite extrémité inférieure encoche légèrement le bord libre du pilier. Cette ulcération qui a 1 cm. de long environ, a un fond plat, homogène, grisâtre, non saignant. Elle est peu profonde, mais ses bords sont nettement à pic. Elle est ourlée par un léger bourrelet d'aspect inflammatoire qui s'étend peu (1/2 cm. environ) autour de l'ulcération.

Deux mois après, le malade va mieux ; il ne souffre plus. Une nouvelle gastroscopie ne montre plus l'ulcère ; mais exactement à sa place on note une légère dépression un peu plus rouge que les tissus voisins ; le bord libre du pilier antérieur est légèrement encoché et épaissi, mais ni ulcéré, ni même érodé.

OBS. 44. — *Ulcère cavitaire de la petite courbure, face postérieure. Radio négative. Syndrome ulcéreux clinique franc.*

M. G..., monteur en chauffage, âgé de 37 ans, a eu une première période douloureuse de 3 semaines en février 1935, avec douleurs tardives. Après 14 mois de calme absolu, survient en mai 1936 une nouvelle poussée qui va durer 1 mois et qui amène le malade à l'hôpital. Il se plaint de douleurs épigastriques vives survenant environ 1 heure après tous les repas, durant 1 heure 1/2 à 2 heures, atténuées mais non supprimées par les alcalins et les vomissements. Ceux-ci, parfois provoqués, ont souvent une teinte noirâtre. Les selles sont nettement mélaniques. D'autre part, 3 jours avant l'entrée dans le service, apparaissent des signes de

déperdition sanguine importante : syncopes répétées, bourdonnements d'oreilles, pâleur, sueurs froides. Cet état alarmant nécessite une transfusion de sang de 300 gr.

A l'examen clinique, on note, outre l'anémie, un point douloureux dans la zone pyloro-duodénale.

*Chimisme.* — Après histamine, une acidité totale de 1,46 °/oo en HCl.

*L'étude radiologique* révèle un estomac régulier, sans troubles d'évacuation et une ombre curieuse débordant le contour de la petite courbure qui, après de nombreux examens, s'avère être, non pas gastrique, mais latéro-vertébrale (probablement concrétion calcaire dans le rein gauche); en tout cas, il n'y a pas d'image diverticulaire de l'estomac.

*La gastroscopie* faite le 16 juin 1936, nous montre un estomac peu coloré, peu actif, tolérant à l'air. A 12 cm. du cardia, immédiatement au-dessus de l'angle gastrique, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure, on voit un important cratère ulcéreux, régulièrement arrondi, de 1 à 2 cm. de diamètre, profond (1 à 2 cm.), à bords à pic dont l'axe se dirige en bas et en arrière. Le fond est tapissé d'une fausse membrane d'un blanc mat portant quelques points hématiques. Le pourtour de l'ulcération est surélevé, oedémateux, sur plus de 1 cm. En bas l'oedème masque par sa saillie le contour du pilier postérieur. La muqueuse qui entoure l'ulcération est lisse, mais non fragile. Le reste de l'estomac est d'aspect normal ; il n'y a pas de signes de gastrite.

Quelques semaines plus tard, après repos et traitement, le malade se sent beaucoup mieux ; les douleurs et les hémorragies ont cessé, le poids remonte. Une nouvelle *gastroscopie*, faite le 4 juillet 1936 montre la disparition de l'image ulcéreuse ; mais la région où siégeait l'ulcère est oedémateuse, saillante, et porte dans la zone signalée antérieurement, une sorte d'orifice ponctiforme d'où s'écoule un peu de sang.

OBS. 45. — *Ulcère cavitaire volumineux de l'angle gastrique. Niche nette. Syndrome clinique peu typique.*

M. L... (Dr May), âgé de 41 ans, sourd-muet, souffre depuis plusieurs mois seulement de douleurs épigastriques, à irradiations dorsales, survenant immédiatement après les

repas, durant plusieurs heures et laissant entre les crises douloureuses, un endolorissement permanent. Il n'a jamais souffert de l'estomac auparavant. Il a maigri de 10 kilos depuis le début des troubles. Il a perdu l'appétit.

L'examen radiologique montre une niche volumineuse de la partie moyenne de la petite courbure, avec rigidité segmentaire. En raison des dimensions de la niche et de l'importance des signes généraux (amaigrissement de 10 kilos) se posait la question de l'ulcéro-cancer.

La gastroscopie faite le 4 juillet 1936, nous montra sur la petite courbure, au niveau de l'angle gastrique, un ulcère arrondi paraissant avoir 1 cm. à 1 cm. 5 de diamètre. Cet ulcère, qui est vu obliquement, encoche le bord libre des piliers : son fond est grisâtre, tomenteux, présentant de petits points hémorragiques. Ses bords sont à pic, boursoufflés, rouge vif, en saillie par rapport aux régions voisines. Sa profondeur est importante, mais difficile à apprécier en raison de la direction oblique du faisceau lumineux. Toute la zone de la petite courbure, sus-jacente à l'ulcère, paraît œdémateuse et immobile. Il n'y a pas de signes de gastrite associée.

OBS. 46. — *Ulcère cavitaire de la petite courbure moyenne.*  
*Radio positive. Syndrome clinique pseudo-gastrique.*

M<sup>me</sup> P... (Dr Pasteur-Vallery Radot), âgée de 68 ans, cuisinière, souffre depuis l'âge de 18 ans, de douleurs irrégulières, durant 2 ou 3 jours, rarement davantage, de siège sous-costal droit, sans irradiations nettes. Il n'y a aucune périodicité, aucun horaire précis à ces douleurs : elles surviennent aussi bien à jeun que dans le courant de la journée ; elles ont une durée très variable, quelques minutes à quelques heures, et même 24 heures sans arrêt. Les aliments (sauf les pâtes, qui déterminent les douleurs) n'ont aucune influence. La malade aurait maigri d'une manière importante. Elle est, de plus, atteinte de diabète depuis 25 ans. L'examen clinique ne montre rien de particulier : il n'y a pas de point douloureux dans la région vésiculaire.

L'examen radiologique révèle une niche de la petite courbure (1/3 moyen).

La gastroscopie, difficile d'ailleurs, en raison de la petitesse de la bouche de la malade, et de l'existence d'une

quantité importante de liquide de stase, montre sur la petite courbure, au niveau de l'angle gastrique, une sorte de fausse membrane de 1/2 à 1 cm. de diamètre, épaisse, en saillie sur la muqueuse voisine, cernée d'un liséré rouge qui recouvre complètement l'ulcération.

OBS. 47. — *Ulcère fissuraire de la face antérieure.*  
*Radio muette. Histoire clinique ulcéreuse franche.*

M. W..., maçon, âgé de 56 ans, a présenté en 1930 une période douloureuse de 4 semaines, marquée par des douleurs épigastriques vives, à type de brûlure et de torsion sans irradiations, au cours de laquelle survint une hématomèse abondante. Après 4 ans de latence absolue, survint en 1934 une nouvelle poussée identique à la première, de 15 jours, mais sans hématomèse cette fois. Hospitalisé à ce moment dans le service du Dr Chiray, on nota à l'examen radiologique une ptose gastrique, mais sans image d'ulcère. En 1936, il est de nouveau hospitalisé pour une crise douloureuse particulièrement vive, qui dura une quinzaine de jours et qui fut marquée par de vives douleurs tardives, sans vomissements ni hématomèse, mais avec melæna. L'état général était très touché; l'asthénie extrême, l'anorexie marquée et en 1 mois le malade perdit 10 kilos. Examen clinique négatif.

*L'examen radiologique* ne montra rien d'anormal; contours gastriques réguliers et souples; estomac sthénique.

*À la gastroscopie*, faite en pleine période douloureuse, nous trouvâmes un estomac contracté en masse, intolérant à l'air au début de l'examen. Outre quelques irrégularités de la région antrale, mais sans aucune modification de la muqueuse, on voyait, en pleine face antérieure, à 2 ou 3 cm. au-dessus et à gauche du pilier antérieur, une petite ulcération de quelques millimètres de diamètre, d'aspect étoilé, recouverte d'un caillot noirâtre, paraissant peu profonde. Vers cette ulcération convergeaient les plis gastriques, dont deux, l'un vertical, l'autre horizontal, étaient particulièrement marqués. Il n'y avait aucun signe de gastrite macroscopique ni autour ni à distance de l'ulcère.

OBS. 48. — *Ulcère cavitaire de l'angle gastrique à évolu-*

*tion rapide. Image radiologique typique. Histoire ulcéreuse franche.*

M. G..., valet de chambre, âgé de 29 ans, présente une *histoire ulcéreuse récente et typique*. Il se plaint depuis 3 mois de douleurs tardives survenant 3 à 4 heures après les repas et durant jusqu'au repas suivant, douleurs violentes à type de crampes et de brûlures et de siège épigastrique. Il y a eu une période de calme ayant duré 15 jours environ. Jamais d'hématémèses, ni de melæna. A l'examen, vive douleur à la pression du creux épigastrique.

Une première *gastroscope* est pratiquée le 20 juin 1936. On note une saillie très marquée du pilier antérieur qui est nettement œdématié. Sur les piliers, *gastrite érosive* manifeste avec séries d'ulcérations linéaires, superficielles, sur tout le pourtour de l'arche formée par les piliers. Lésions analogues dans l'antre dont la muqueuse a un aspect dépoli. L'examen a été facile et minutieux. Il n'y a aucune image d'ulcère rond.

Le 30 juin, *Radio*. — Dans la région moyenne de la petite courbure, on trouve au cours de l'examen en pression dosée une niche allongée, implantée sur la petite courbure et dirigée parallèlement à son bord. Bien que n'ayant pas l'aspect typique des niches ulcéreuses, cette image évoquait bien l'idée d'un ulcus.

Le 25 juillet (1 mois après le premier examen) nouvelle *gastroscope*. Le malade traverse alors une période particulièrement douloureuse. Estomac très douloureux à l'insufflation et à la pulsion, ce qui rend l'examen difficile. Les lésions rencontrées sont toutes différentes : plus d'érosions gastritiques, mais il existe un ulcère évident situé à la jonction de la petite courbure et de la face antérieure, en plein pilier antérieur. Cet ulcère, ovalaire, de 1 cm. de diamètre environ, un peu allongé verticalement, encoche le bord libre du pilier antérieur. Son fond est d'aspect détritique, gris sale, avec des points noirâtres hémorragiques. L'ulcération qui est assez profonde est ourlée par un bourrelet d'œdème, très net, large de 1 à 2 cm., se continuant sans démarcation nette avec les régions voisines ; à son niveau, la muqueuse a un aspect rouge vif, presque vineux. L'œdème se prolonge vers l'antre. Celui-ci est déformé par le bombement de sa face antérieure œdématiée. Aucune

contraction ne passe au niveau de la région de l'ulcère.

Un deuxième *examen radiologique* montre alors une niche parfaitement apparente.

La mise au repos, l'aminothérapie, n'amènent aucune sédation.

Troisième *gastroskopie*, le 22 avril 1936 :

L'ulcère s'est considérablement étendu (4 cm. sur 2 ou 3), œdème péri-ulcéreux toujours marqué.

La persistance des signes cliniques et l'extension de l'ulcère décident à l'*intervention* (début de septembre). Ulcère très volumineux (4 cm. sur 3 cm.) de la petite courbure. Bords durs et infiltrés. L'ulcère est creusé dans une sorte de tumeur inflammatoire dure des dimensions d'un œuf de pigeon. Pas d'adhérences périgastriques.

OBS. 49. — *Ulcère plat de la petite courbure antrale.*

M. D..., 37 ans, se plaint depuis 3 ans de douleurs tardives de cycle régulier, calmées par l'alimentation.

*Radio.* — Indentation du canal pylorique sans aucune gêne pylorique et sans modifications antrales.

*Gastroskopie.* — Facile et complète. Gastrite mamelonnée de l'antra à gros éléments serrés en capitule. Le tube étant enfoncé complètement, on voit, mais seulement en inclinant au maximum le malade vers les pieds, un petit ulcère de la petite courbure antrale, à 2 ou 3 cm. du pylore, à fond blanc crémeux liséré de carmin.

OBS. 50. — *Ulcération hémorragique de la petite courbure face postérieure, chez un syphilitique.*

M. P..., âgé de 58 ans, a présenté en mai 1935, sans aucun antécédent dyspeptique des hématomèses répétées pendant 15 jours. Il s'agit d'un spécifique ancien mal traité.

*Radio.* — Rigidité de la petite courbure au 1/3 moyen mais sans aucune niche.

*Gastroskopie.* — Difficile, faible degré de gastrite mamelonnée de la face postérieure et de la petite courbure. Sur la petite courbure, à la jonction avec la face postérieure, à 7 cm. du cardia, on voit, mais seulement en inclinant le malade vers la tête, une très petite ulcération unique de 2 à 3 mm. de diamètre en entonnoir à bords froncés, siégeant

au milieu d'une zone plus fortement mamelonnée. A l'entrée de la petite dépression cratériforme se trouve un bouchon muqueux.

Quelques mois après, ce malade qui a subi un traitement anti-syphilitique, est revu en gastroscopie. La gastrite mamelonnée a persisté mais la minime ulcération a complètement disparu.

OBS. 51. — *Ulcère cavitaire de la face postérieure.*

*Histoire ulcéreuse typique. Radio muette.*

M. R..., âgé de 45 ans, se plaint depuis 7 ans de douleurs épigastriques post-prandiales que calme l'alimentation. Il a maigri de 7 kilos.

*Radio.* — Estomac d'aspect normal. Bulbe déformé sans caractère précis d'ulcus.

*Gastroscopie.* — Ulcère cratériforme, irrégulier, rouge brunâtre en pleine face postérieure, sur le pilier postérieur. De plus, il existe une gastrite mamelonnée à petits éléments sur la face antérieure et la grande courbure. Estomac très intolérant à l'air.

OBS. 52. — *Ulcère du bulbe. Ulcère de la voie gastrique sans signes radiologiques. Syndrome ulcéreux clinique type.*

M. G..., âgé de 40 ans, présente une histoire classique d'ulcus remontant à 6 ans.

*Radio.* — Ulcère du bulbe. Estomac radiologiquement normal.

*Gastroscopie.* — Sur la petite courbure moyenne, on voit, partiellement caché dans un repli œdémateux un ulcère à fond rouge, au-dessus duquel se trouvent deux dépressions cupuliformes représentant probablement des ulcères anciens cicatrisés. Il existe en outre une gastrite mamelonnée antrale se prolongeant sur la petite courbure.

OBS. 53. — *Ulcère dormant sur estomac gastro-entérostomisé.*

M. J..., âgé de 53 ans, qui souffrait depuis 7 ou 8 ans d'un ulcère typique de l'estomac a été opéré en 1930 : ulcère de la petite courbure siégeant sur une tumeur inflammatoire ; gastro-entérostomie.

Trois ans après, ce malade a été examiné alors qu'il ne souffre plus du tout depuis l'intervention.

*Radio.* — Bon fonctionnement de la bouche anastomotique et péristaltisme important mais pas d'image d'ulcère.

*Gastroskopie.* — Sur la petite courbure on voit un ulcère anfractueux, stellaire de 1 cm. de diamètre à fond rougeâtre, ne saignant pas, à peine creusé sur un fond de gastrite mamelonnée. La bouche de gastro-entérostomie est légèrement œdématiée.

OBS. 54. — *Ulcère de la face postérieure moyenne.*

*Radio négative. Histoire ulcéreuse type.*

M. C..., âgé de 34 ans, présente une histoire ulcéreuse typique.

*Radio.* — Elle a montré à un examen antérieur une rigidité nette de la petite courbure mais cette rigidité fut passagère et disparut en quelques mois. L'exploration radiologique est totalement négative quand on pratique la gastroskopie.

*Gastroskopie.* — En pleine face postérieure, à 9 cm. du cardia, à 4 cm. de la petite courbure, existe un ulcère typique de 9 à 10 mm. de diamètre entouré de gros plis. La profondeur de l'ulcère est due plus aux plis qui l'entourent qu'à la perte de substance qu'il détermine. Peut-être y a-t-il un deuxième ulcère au-dessus et émanant du précédent, ulcère plat à surface granuleuse.

OBS. 55. — *Ulcère cavitaire de la face postérieure.*

*Radio négative. Syndrome clinique pseudo-gastritique.*

M<sup>me</sup> M..., 55 ans, se plaint d'un syndrome de légères douleurs tardives durant depuis 2 ou 3 ans, sans périodicité nette, symptômes survenus après un long séjour aux colonies.

*Radio.* — Négative.

*Chimisme.* — Hyperchlorhydrie légère.

*Gastroskopie.* — Gastrite mamelonnée préantrale discrète. De plus, en pleine face postérieure, à 6 cm. du cardia, au fond d'une dépression en entonnoir, on voit un petit ulcère brunâtre, elliptique de 5 à 6 mm. de diamètre.

Cinq mois après la malade est réexaminée en *gastroskopie*.

Cette fois la lésion de la face postérieure est d'abord masquée au fond d'une bourse diverticulaire puis cachée sous un plissement et l'on a beaucoup de peine à la voir. L'ulcère ancien paraît cicatrisé mais la muqueuse à son niveau est anormale. Elle présente un aspect pâle, mat et mamelonné.

OBS. 56. — *Ulcère typique cliniquement et radiologiquement.*  
*Bourse diverticulaire intermittente à la gastroscopie.*

M. C..., 41 ans, a un syndrome ulcéreux manifeste, douleurs tardives survenant par poussées saisonnières.

*Radio.* — Niche au 1/3 moyen de la petite courbure.

*Gastroscopie.* — Difficile en raison du spasme médiogastrique. Quand celui-ci cède on aperçoit soudain l'ulcère, mais celui-ci est tout à coup éclipsé par une contraction en bourse parfaite qui va de pair avec une fermeture de l'antrum. Il faut de la patience et une inclinaison maxima vers les pieds pour apercevoir l'ulcère en dépliant la petite courbure. Cet ulcère a 1 cm. de diamètre environ, est anfractueux mais peu profond. Il est tapissé d'une fausse membrane blanc jaunâtre ponctuée de trois petits caillots brunâtres.

Autour de lui la muqueuse est lisse, œdématiée, et portée à 15 mm. au-dessus de l'ulcération une petite érosion plate. La muqueuse est fragile en amont et saigne abondamment. L'ulcère siège exactement dans la région angulaire, entre les deux piliers du sphincter antral ; en forme de fissure quand les deux piliers se ferment, il s'étale quand se relâche le sphincter de l'antrum.

OBS. 57. — *Ulcère typique cliniquement et radiologiquement.*  
*Entonnoir diverticulaire à la gastroscopie.*

M. A... a une histoire clinique d'ulcère.

*Radio.* — Niche de Haudek.

*Gastroscopie.* — Sur la petite courbure à 6 cm. du cardia, ulcère relativement plat, très hémorragique, qui est brusquement soustrait à la vue par une contraction pariétale au cours de l'insufflation. Il est dès lors impossible de revoir complètement l'ulcère. Mais au bout d'un moment, la contraction ayant partiellement cédé, on revoit l'ulcère sur le bord de l'entonnoir diverticulaire.

OBS. 58. — *Ulcère fissuraire et saignant au fond d'une bourse diverticulaire. Histoire clinique et radiologique typiques.*

M. D..., 46 ans, a une histoire ulcéreuse des plus nettes : douleurs tardives évoluant par périodes depuis 14 ans. Exacerbation violente des douleurs depuis quelques semaines.

*Radio.* — Niche de Haudek de 1 cm. de large à la partie moyenne de la petite courbure.

*Gastroscope.* — Estomac hypertonique, petit, à plis bas développés. Gastrite mamelonnée de la petite courbure et de la face postérieure. Enfin à la jonction petite courbure, face postérieure, au 1/3 moyen, on voit un suintement qui s'échappe nettement d'une bourse diverticulaire. Cette fissure n'est visible qu'en inclinant le malade vers la tête; elle est alors très haute à 6 cm. du cardia seulement.

OBS. 59. — *Ulcère dormant de la petite courbure.*

M. P..., 35 ans, s'est plaint de douleurs tardives calmées par l'alimentation. Un examen radiologique aurait montré il y a un an un ulcus juxta-pylorique. Le malade est gastroscoché alors qu'il ne souffre plus depuis plusieurs mois.

*Gastroscope.* — Sur la petite courbure, au niveau de l'angle gastrique, on voit un ulcère de 8 à 10 mm. saignant.

Quelque temps après, nouvelle *gastroscope* : l'ulcère est presque complètement cicatrisé, il se présente sous l'aspect d'une cupule maculeuse rougeâtre à bords dégradés.

Dix jours après, cette tache elle-même a disparu et il n'y a plus trace d'ulcère.

Deux nouvelles gastroscopies faites plusieurs mois après retrouvent un estomac absolument parfait.

Au cours du premier examen, on avait noté une gastrite mamelonnée de la petite courbure qui disparut en même temps que l'ulcère.

OBS. 60. — *Ulcère de la petite courbure moyenne chez un tabétique. Ulcère bien visible radiologiquement, invisible au gastroscope.*

M. S..., âgé de 57 ans, cordonnier, qui nous est adressé par le Dr Dreyer-Dufer, a contracté la syphilis en 1907. Il a subi un traitement très insuffisant (2 mois de mercure seu-

lement). Il existe à l'examen des signes manifestes de syphilis nerveuse : abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens, irrégularités des pupilles et paresse du réflexe irien à la distance sans que l'on puisse parler de signe d'Argyll-Robertson vrai. Quelques troubles de la sensibilité profonde. Réaction méningée très discrète à la ponction lombaire. Ce malade vient nous consulter pour des crises très violentes du creux épigastrique, qui surviennent 3 ou 4 fois par an en moyenne et cela depuis 10 ans. Ces crises d'une violence extrême, à type de constriction baso-thoracique, ont un début brutal sans cause, une durée très courte (3 à 4 heures), une terminaison brusque ; elles s'accompagnent de vomissements abondants, bilieux, jamais sanglants ; elles ne sont pas réglées par les repas et sont suivies pendant quelques jours d'une asthénie extrême et d'une certaine sensibilité épigastrique non spécialement post-prandiale. Il était difficile dans un tel cas de ne pas penser à des crises gastriques du tabès, malgré leur durée brève et l'absence de réaction méningée nette à la ponction lombaire.

La radiographie révéla alors d'une manière un peu inattendue une niche de la petite courbure dans son 1/3 supérieur avec rigidité sus et sous-jacente sur 1 à 2 cm.

La gastroscopie ne permit pas de découvrir l'ulcère. La petite courbure et la partie adjacente de la face postérieure étaient œdémateuses, saignantes, nettement pathologiques, mais il fut impossible de voir la cavité ulcéreuse probablement cachée par la tuméfaction œdémateuse. Le reste de l'estomac était quoique pâle d'aspect sensiblement normal.

L'intervention confirma le diagnostic radiologique, ulcère cavitaire haut situé de la petite courbure.

OBS. 61. — *Ulçère cavitaire ancien, de la face postérieure haute bien visible radiologiquement. Petit ulcère plat sous-cardiaque. Gastrite haute. Syndrome ulcéreux clinique net.*

M. L..., âgé de 49 ans, a une histoire très curieuse. En 1930 apparition de douleurs intenses du creux épigastrique et d'un syndrome de sténose cardiaque, tel qu'une gastrostomie fut nécessaire en janvier. Les signes dysphagiques cèdent rapidement, et en juin 1931, on peut refermer la bouche gastrique. En mai 1932, nouvelle période troublée sans dysphagie cette fois, mais avec douleurs semi-tardives

du creux épigastrique à irradiations dorsales et en barre, durant 3 ou 4 heures, calmées par les aliments et les vomissements. Aucune douleur dans le décubitus. L'examen radiologique montre alors une grosse niche de Haudek de la petite courbure haute avec sténose médio-gastrique sous-jacente. Laparotomie en juillet 1932. On découvre un gros ulcère calleux blanchâtre, d'aspect cicatriciel de la petite courbure haute, en selle, très induré, adhérent au pancréas. On se contente de faire une gastro-entérostomie. Pendant 4 ans le malade va très bien, puis en septembre 1936 réapparaissent des douleurs semi-tardives, pas très intenses à type de pesanteur, durant 1 à 2 heures à siège épigastrique haut. *L'examen radiologique* montre de nouveau la volumineuse niche ulcéreuse (2 cm. de base, 2 cm. de profondeur) paraissant plus rapprochée du cardia. La bouche de gastro-entérostomie paraît normale. *Trois gastroscopies* sont pratiquées chez ce malade. Dans aucune on ne rencontre de spasme au cardia. On trouve :

1° Un ulcère hémisphérique très volumineux (3 cm. de diamètre sur 2 ou 3 cm. de profondeur) sur la face postérieure haute, très près de la petite courbure, à 4, 5 cm. du cardia, un peu au-dessus de la région de l'angle gastrique. Les parois sont recouvertes d'une fausse membrane porcelanée, irrégulière, centrée par une zone d'un bleu noir (caillot ?) et à bords épais, irrités.

2° Un tout petit ulcère plat en cocarde absolument au ras du cardia dans une région par ailleurs très enflammée avec œdème de la face antérieure et gastrite érythémato-pultacée avec fissurettes saignantes de la petite courbure haute.

La bouche de gastro-entérostomie est mal visible. L'antrum et le pylore sont d'aspect normal.

Il est à noter que le petit ulcère sous-cardiaque n'a pas été vu à tous les examens. Et même qui mieux est, au cours du deuxième examen il fut impossible de retrouver sur la face postérieure haute, le volumineux ulcère térébrant qui était masqué par un œdème important de la petite courbure. Il faut signaler encore que, malgré la persistance des ulcères et de la gastrite associée, les douleurs post-prandiales disparurent en quelques jours grâce au repos et à un traitement très banal. Une nouvelle intervention fut pratiquée en

novembre 1936. Le chirurgien trouva un estomac ayant contracté des adhérences serrées tout autour de lui, rétracté sous le foie. A 3 ou 4 cm. du cardia, on sentait une tuméfaction dure, collée contre la paroi postérieure. La bouche de gastro-entérostomie était parfaite. Devant les difficultés opératoires à prévoir, on renonça à l'exérèse.

OBS. 62. — *Ulcère cavitaire typique cliniquement et radiologiquement. Gastrite péri-ulcéreuse marquée et cicatrice d'ulcère antérieur visible à la gastroscopie.*

M. B..., âgé de 60 ans, employé de banque, présente une histoire ulcéreuse des plus typiques. Depuis 3 ans, périodes douloureuses survenant surtout l'été, durant 10 à 15 jours. Les douleurs de siège épigastrique à irradiations baso-thoraciques sont semi-tardives (1 heure 1/2 après les repas) ; quelques nausées, mais pas de vomissements, amaigrissement important. Examen clinique négatif.

*Radiographie.* — Niche du 1/3 moyen de la petite courbure, visible seulement en station verticale sans rétraction de la grande courbure, ni modification apparente des parois gastriques.

*Gastroscopie.* — Ulcère de la partie moyenne de la petite courbure, à sa jonction avec la face antérieure, siégeant à environ 2 cm. en amont de l'angle gastrique. Cet ulcus a 1 cm. 5 de diamètre environ ; son grand axe est oblique en bas et en avant ; il est vu presque de champ ; sa paroi antérieure, seule bien visible, est recouverte d'une fausse membrane d'un blanc éclatant. Le fond de la cavité est masquée par un caillot sanglant. Tout autour de l'ulcère dont les bords sont peu œdémateux, on voit une gastrite érythémato-pultacée qui est surtout marquée en amont et en arrière de la perte de substance. Sur la face antérieure à 2 cm. de l'ulcère et sur le même plan horizontal que lui, on voit deux petites taches hémorragiques qui correspondaient, comme le montra l'intervention ultérieure, à la cicatrice hypervascularisée d'un ulcère ancien. Toute la région de l'ulcère paraît rigide, se mobilisant en un bloc aux mouvements respiratoires. Le gastroscope franchit cette zone avec un léger ressaut ; l'antrum et le pyllore sont tout à fait normaux.

L'examen de la pièce de gastrectomie confirma complètement les données de la radiologie et de la gastroscopie.

**OBS. 63.** — *Ulcère cavitaire juxta-cardiaque de la petite courbure face postérieure; forme pseudo-gastritique; ergot très net, convergence remarquable des plis.*

M<sup>me</sup> M..., âgée de 55 ans, qui nous est adressée par le D<sup>r</sup> Moulinier, souffre depuis longtemps de douleurs articulaires qu'elle traite par le salicylate de soude. Elle se plaint en outre de l'estomac depuis plusieurs années. Les phases douloureuses qui sont parfois provoquées par l'ingestion de salicylate n'ont aucune périodicité, aucun rythme post-prandial précis. Depuis 1 an, les douleurs sont devenues un peu plus marquées. Elles siègent au creux épigastrique, ont quelques irradiations dorsales vagues. Elles sont peu vives, plus sensation de pesanteur que douleur vraie. Pas plus maintenant qu'antérieurement, il n'y a de périodicité, ni de rythme précis dans la journée, la malade souffrant aussi bien le matin à jeun qu'après les repas. Fait assez paradoxal, les aliments acides et certains aliments indigestes ne provoquent aucun malaise. Jamais de dysphagie; ni hématomèse, ni melæna patent. Aucun trouble de l'état général. Ethylisme discret.

*L'examen radiologique* révèle un ergot typique de la petite courbure haute, à 4 cm. du cardia avec convergence des plis extrêmement nette par la méthode des couches minces.

*La gastroscopie* est très facile, il n'y a aucun spasme au cardia. La tolérance à l'air est parfaite et l'insufflation parfaitement indolente. A environ 4 cm. du cardia, à la jonction de la petite courbure et de la face postérieure on voit un ulcère de forme ovale, à grand axe vertical, de 1 cm., et dont le fond est recouvert d'une fausse membrane blanc jaunâtre qui paraît assez épaisse. Les bords sont nettement œdémateux, d'un rouge pourpre. Le talus d'amont de l'ulcère est plus marqué que celui d'aval. La profondeur est de 1/2 cm. environ. Un filet de sang noirâtre s'écoule de l'ulcération. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'aspect gastroscopique, c'est la convergence des plis péri-ulcéreux vers la lésion. En particulier trois plis très sail-lants et très volumineux (surtout le moyen) partent de la

grande courbure et montent en se rapprochant jusqu'à l'ulcus. Ni sur ces plis, ni dans les vallées qu'ils délimitent, on ne voit de lésions de gastrite. Le tube bute au-dessous de l'ulcère contre un spasme médio-gastrique, qui cède partiellement au cours de l'examen, mais la région de l'antrum n'a pu être examinée.

---

## CONCLUSIONS



## CONCLUSIONS

I. — La mise au point du nouveau procédé d'exploration gastrique au moyen des endoscopes flexibles a donné un intérêt nouveau à l'étude anatomo-clinique de la maladie de Cruveilhier. Cette méthode a fourni, par l'examen direct des lésions qu'elle autorise, des renseignements capitaux sur la morphologie et l'évolution de l'ulcère en place. Elle a permis de découvrir un certain nombre d'ulcères complètement méconnus par les examens clinique et radiologique.

II. — A côté du syndrome ulcéreux typique caractérisé par des signes cliniques (douleurs post-prandiales tardives ou semi-tardives, évolution par périodes douloureuses) et radiologiques (avant tout la niche et les éperons), existent un grand nombre de formes symptomatiques atypiques dont les principales sont les suivantes :

a) Les formes *dyspeptiques simples* ou *pseudo-gastriques* sont les plus fréquentes. L'ulcère n'a pas dans ce cas, de siège particulier ; mais il s'agit en général — mais non toujours — d'ulcères plats avec réaction inflammatoire péri-ulcéreuse modérée.

b) L'ulcère peut simuler le *cancer*, non seulement à la période ultime, cachectique, rarement observée de nos jours, mais dès le début de son évolution clinique. C'est ainsi qu'on peut individualiser :

— un ulcère précocement cachectisant ;

— un ulcère sur tumeur inflammatoire, dont le dia-

gnostic est extrêmement difficile avec le cancer cliniquement, radiologiquement et endoscopiquement ;

— un ulcère sténosant par œdème antral ;

— Les ulcères géants doivent aussi rentrer dans ce groupe des ulcères pseudo-cancéreux. Outre leurs grandes dimensions, ils sont caractérisés par leur évolution souvent longtemps latente.

c) Quelques ulcères peuvent prendre dès les premiers symptômes une *allure continue* avec douleurs postprandiales mais sans phase de poussée ni de rémission, durant ainsi des mois et des années.

d) Cliniquement et anatomiquement, certains ulcus peuvent avoir une évolution aiguë, aboutissant rapidement à des accidents graves de térébration (hémorragie ou perforation). Au gastroscopie, on peut les voir, sinon se former, du moins s'étendre et se creuser très vite, en quelques semaines.

e) Enfin certains ulcères ont une *symptomatologie extra-digestive*. Le plus souvent ils se manifestent par des signes généraux (amaigrissement, asthénie) qui évoquent l'idée d'un cancer caché. Parfois même ils sont complètement latents.

III. — L'étude comparative des images radiologiques et gastroscopiques et des pièces opératoires a permis de préciser *le mode de formation et d'évolution des niches radiologiques*.

Elles répondent non seulement à la perte de substance mais aux réactions péri-ulcéreuses au premier rang desquelles il faut mettre l'œdème, l'atonie ou les contractions péri-ulcéreuses qui exhaussent les bords de la lésion et peuvent enfouir l'ulcère, et la périgastrite.

A elle seule, la disparition de l'œdème et des réactions motrices péri-ulcéreuses suffit dans un grand nombre de cas à la mise à plat de l'ulcère et à la disparition de l'image

diverticulaire. Seule l'endoscopie est capable, dans ces cas, de préciser si l'ulcère est cicatrisé ou non.

IV. — Très souvent l'évolution de l'ulcère se fait vers la cicatrisation. Dans un certain nombre de cas, soit d'emblée, soit après une ou plusieurs poussées, l'ulcère persiste, mais il est peu profond, sans œdème inflammatoire marginal et il ne donne aucun signe ni clinique ni radiologique. C'est l'ulcère dormant qui peut secondairement s'épithéliser. L'ulcère pourra rester ainsi, cicatrisé ou en sommeil, pendant très longtemps ; dans d'autres cas il se réveillera ou récidivera, souvent *in situ* sans qu'il soit possible au début de prévoir l'évolution.

V. — Si les ulcères de la petite courbure moyenne et basse sont de beaucoup les plus fréquents, il faut toutefois faire une place importante aux ulcères de la face postérieure et juxta-cardiaques, souvent méconnus à l'exploration radiologique en raison de leur siège peu favorable. L'endoscopie permet de les reconnaître plus facilement, mais la région sous-cardiaque reste néanmoins une des zones les plus difficiles à explorer endoscopiquement.

VI. — Les ulcères nains, fissuraires et plats qui échappent en général à l'examen radiologique sont très communs. Si l'on tient compte de la fréquence de ces formes que seule habituellement peut certifier l'exploration endoscopique, on peut affirmer que l'ulcère gastrique est une lésion beaucoup plus commune qu'on ne le pensait classiquement.

VII. — Sur certaines formes atypiques moins importantes, l'endoscopie gastrique est à même de fournir des renseignements intéressants. Chez le vieillard où

tout signe digestif récent fait craindre le cancer, elle peut aider à reconnaître et à affirmer un ulcère. Son emploi systématique pourra préciser la fréquence, le mode de formation et d'évolution de l'ulcère traumatique, des ulcères chez les tabétiques, l'évolution des ulcères gastriques opérés pour perforation et traités par l'enfouissement. Elle peut préciser l'importance de la gastrite associée à l'ulcère, ce qui a une certaine importance au point de vue opératoire. Elle pourra étudier l'état de la muqueuse gastrique dans les ulcères achlorhydriques. Elle est capable enfin, mieux que toute autre méthode, de juger de l'efficacité de telle ou telle thérapeutique médicale.

VIII. — Dans tous les cas, jamais l'endoscopie gastrique ne devra être employée seule. Elle devra toujours être associée à une étude clinique et radiologique.

Vu :

*Le Doyen :*

G. ROUSSY

Vu :

*Le Président de Thèse :*

E. SERGENT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris .*

CHARLETY

## BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie concernant la maladie de Cruveilhier est considérable. Nous nous sommes contentés de citer les références anciennes essentielles et de donner une liste un peu plus complète des travaux récents concernant la symptomatologie clinique, radiologique et endoscopique de l'ulcère de l'estomac.

- ANGEL. — Anomalies dans la symptomatologie de l'ulcère gastro-duodénal. *Acta medica Latina*, fasc. 13, janv.-févr. 1930.
- ABRAMSON. — Sur la présence de l'achlorhydrie dans l'ulcère gastrique. *Acta medica Scandinavica*, 23 déc. 1931, pp. 77-79.
- BABINSKI, (St.) CHAUVET et DURAND (G.). — Un cas de crise gastrique tabétiforme liée à l'existence d'un petit ulcus pylorique. *Soc. de Neurol.*, 6 mars 1923.
- BAUMEL. — La gastrophotographie. Etude critique. *Arch. des Sc. Méd. de Montpellier*, XIII, 16 février 1932.
- Endoscopie digestive. *Synthèse*, avril 1934.
- BECART. — La gastrophotographie, 1931.
- La gastrophotographie et ses champs de vision. *Sc. méd. prat.*, 1<sup>er</sup> mai 1933, n° 9.
- BÉCLÈRE (H.) et PORCHER (P.). — Etude expérimentale des plis de la muqueuse digestive. *III<sup>e</sup> Congrès international de Radiologie de Paris*, 26-31 juillet 1931.
- BENASSI (E.). — Les ulcères gastro-duodénaux doubles ou multiples. *Radiologica Medica*, avril 1933, n° 24, pp. 445-064, 27 fig.
- BENDA (R.) et MOLLARD (H.). — L'épithéliose et ses manifestations chez l'adulte. *Pr. Méd.*, 1<sup>er</sup> janvier 1936, pp. 6-8.
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Hémorragies gastriques par ulcère. *Lyon chirurgical*, 1932, n° 29, p. 482.
- BERNAY. — La gastrophotographie. *Thèse Lyon*, 1931.
- BERTHIER. — Les sténoses du cardia, causes, signes et diagnostic. *Thèse Paris*, 1908.

- BETOULIÈRES. — Quelques réflexions à propos de l'examen radiologique de l'ulcère de l'estomac avec contrôle opératoire. *Montpellier médical*, 15 janvier 1935.
- BEZANCON, LABBÉ, BERNARD et SICARD. — Article ulcère de l'estomac. *Pathologie médicale*, t. VI, Masson, 1927.
- BLANC-CHAMPAGNE. — Un ulcus duodénal et 3 ulcus gastriques chez le même sujet. *Arch. Hosp.*, Paris, nov. 1934, p. 417.
- — De la valeur diagnostique de la gastrophotographie dans les localisations des ulcères gastriques. *Arch. hospit.*, Paris, nov. 1934, p. 413.
- BON. — La gastrophotographie et le chimisme gastrique. *Strasbourg médical*, 15 nov. 1933.
- BONNET et DELORE. — Ulcère de l'estomac chez une tabétique présentant des crises gastriques. Disparition des crises après ablation de l'ulcère. *Lyon médical*, 31 mars 1929.
- BOUCHUT et RAVAUT. — Les pyloro-duodénites. *Ann. Mal. app. dig.*, XVII, n° 2, p. 121, février 1927 et *Paris médical*, 1927, n° 44.
- et FROMENT. — Quelques formes douloureuses atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. *Ann. Mal. app. dig.*, XXII, n° 4 p. 353, avril 1932.
- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac. Baillière. Paris, 1893.
- BRODIN et TEDESCO (M<sup>me</sup>). — Ulcère gastrique d'origine appendiculaire. *B. et Mém. Soc. méd. des Hôp.*, Paris, LII, 500-504, 30 mars 1935.
- BROHÉE, EVERARTS et MOULAERT. — Aperçu sur l'étude des plis de la muqueuse digestive par les rayons X et sur l'importance pratique de l'examen radiologique suivant la méthode des couches minces. *Journal belge de gastro-entérologie*, III, février 1935, n° 2.
- BRONSTEIN. — Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcères gastro-duodénaux. *Thèse Paris*, 1934.
- BRUN. — Diagnostic anatomique et clinique de l'ulcère chronique de l'estomac et de certaines formes de cancer gastrique. Déductions thérapeutiques. *Thèse Lyon*, 1934-1935.
- BURGER et MERREL. — Un cas de grand ulcère gastrique non malin. *Journ. Am. Med. Ass.*, 4 février 1933, p. 336.
- CADE. — Précis de maladies de l'estomac et de l'intestin. Doin, 1910 (Collection Testut).
- et MORENAS. — Ulcus gastrique d'origine syphilitique. *Arch. Mal. app. dig.*, XII, 109-125, 1922.
- et RAVAUT. — Ulcus gastrique et tuberculose. *Arch. Mal. app. dig.*, XIV, p. 586, juillet 1924.
- CAILLÉ. — Diagnostic clinique de certaines formes de localisation

- de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Thèse Paris*, 1913-1914.
- et MOUTIER. — Six cas de disparition d'images diverticulaires accompagnant l'ulcus gastrique après traitement médical. *Arch. Mal. app. digestif*, XIII, 71-81, 4 déc. 1922.
- CAIN et FACQUET. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez le vieillard. *La Prat. Med. Franç.*, XV, 13-20, janvier-février 1934.
- CAMBIER et DICKER. — A propos de la disparition spontanée des signes cliniques et radiologiques de l'ulcère gastrique. *Le Scalpel*, n° 32, 12 août 1933.
- CARNOT, HARVIER et MATHIEU. — *Les ulcères digestifs*. Baillière, Paris, 1922.
- et BARIETY. — *Les maladies de l'appareil digestif*. Paris, 1930.
- CERF et MOULAERT. — Ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Société belge de gastro-entérologie*, mars 1935, p. 243.
- CHAUMERLIAC (J.). — Le symptôme capital de l'ulcus gastro-duodénal. *Journal Med. France*, nov. 1935.
- CHÊNE (P.) et GORSE (J.). — Ulcère de la petite courbure, 50 cas. *Gaz. Méd. de France. Suppl. Gastro-entérologie*, 15 nov. 1935, pp. 3-5.
- CHEVALLIER (R.). — La gastrite péri-ulcéreuse. Diagnostic gastroscopique. *Journ. de méd. de Lyon*, XVII, 69-71, 20 janvier 1936.
- Les vraies et les fausses niches en plateau. Étude radiographique et gastroscopique. *J. de Médec. et Sc. Méd. de Lyon*, 20 janvier 1936.
- Étude gastroscopique de l'ulcère de la petite courbure dans les éverturations diaphragmatiques gauches. *J. de méd. de Lyon*, XVIII, 73-76, 20 janvier 1936.
- La gastrite rétractile péri-ulcéreuse de la petite courbure avec ascension pylorique. Étude radiographique et gastroscopique. *J. de Méd. et des Sc. méd. de Lyon*, 21 avril 1935.
- CHIRAY (M.) et LAMY. — Hémorragies gastro-duodénales mal connues. *Pr. Méd.*, 9 juillet 1930.
- (M.) et CHÊNE. — *Les dyspepsies nerveuses*. Masson, 1931 210 p.
- — et POIRIER. — La syphilis gastrique. Les problèmes qu'elle soulève dans la pratique médicale. *La Gaz. Méd. de France (Cahiers de gastro-entér.)*, juin 1934, p. 31.
- CLÉMENT. — L'infection dans les ulcères gastro-duodénaux. *Pr. Méd.*, 14 juillet 1926, p. 204.
- COMFORT et OSTERBERG. — La sécrétion gastrique après stimulation par l'histamine en présence des lésions gastro-duodénales variées. *Journ. Am. Med. Assoc.*, 17 oct. 1931.
- CORMATS. — L'ulcère de la grande courbure de l'estomac. *Thèse de Marseille*, 1935, n° 5.

- CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique du corps humain*, 1829. 1835, t. I, 20<sup>e</sup> livraison.
- DIEULAFOY. — Ulcérations gastriques. *Semaine médicale*, 1900, p. 260.
- L'exulceratio simplex. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898.
- DISTEFANO. — Renseignements statistiques anatomo-pathologiques et considérations sur les ulcères gastriques et duodénaux. *Journ. de Chir.*, n° 5, nov. 1934.
- DEMOLE. — Contribution à l'étude des hémorragies digestives. *Thèse Paris*, 1931.
- DELORE (X.), MARTIN et MALLET-GUY. — Lésions de voisinage dans l'ulcère gastrique chronique. Gastrite péri-ulcéreuse. Ulcères doubles. Ulcère et cancer. *Archives franco-belges de chirurgie*, XVIII, 58-73, janvier 1925.
- MALLET-GUY et VACHEY. — Les formes multiples et récidivantes de l'ulcère gastrique. *Lyon chirurgical*, XXII, 620-663, sept-oct. 1925.
- COMTE et LABRY. — Des ulcères doubles bionificiels du pylore et du cardia. *Lyon médical*, 3 nov. 1925, p. 126.
- MALLET-GUY et DUCROUX. — Les ulcères conjugués du pylore et du corps de l'estomac (Bibliographie). *Pr. Méd.*, 7 août 1926.
- et HSU-PAO-Y. — A propos de 2 cas d'ulcères de l'estomac. Considérations radiologiques et thérapeutiques sur l'ulcère aigu. *Lyon médical*, 24 mars 1935, p. 353.
- et GABRIELLE. — Des gastrites hémorragiques. *Pr. Méd.*, 22 mai 1935.
- DELORT (M.). — Étude sur les symptômes de l'ulcère de la petite courbure de l'estomac. Leur valeur diagnostique et pronostique. *Thèse Paris*, 1918-1919.
- et NIDERGANG. — Œsophage. Estomac. Duodénum. Affections buccales, 1927.
- Dix diagnostics exacts et dix diagnostics inexacts à propos d'ulcères de l'estomac et de duodénum. *Arch. Hospit.*, 1933, p. 145.
- Ulcères de l'estomac et du duodénum. Diagnostics positifs et négatifs. Traitement, 100 p., Paris, Doin, 1936.
- DESPLAS et DURAND (G.). — Ulcère cancérisé ou cancer ulcérimforme. *Arch. mal. app. dig.*, XXV, 441-449, mai 1935.
- DEVÉ. — Ulcère tardif. *Normandie médicale*, 1<sup>er</sup> sept. 1920.
- DRAGOMIRESCO. — Étude critique sur 23 cas d'ulcères perforés en péritoine libre. *Arch. Mal. app. dig.* XVI, p. 39-62, janvier 1936.
- DUBARD. — De la visibilité des ulcères de la petite courbure. *La Bourgogne médicale*, n° 3, mars 1932.
- DUROUX. — Les ulcères multiples. *Thèse Lyon*, 1935.
- DUMONT. — Les frontières de l'examen radiographique des ulcères gastriques et duodénaux. *Le Scalpel*, 24 juin 1933, n° 25.

- DUMOULIN. — L'ulcère juxta-cardiaque. *Thèse Paris*, 1924.
- DURAND (G.). — L'éperon de la petite courbure dans le diagnostic radiologique de l'ulcère gastrique. *Arch. Mal. app. dig.*, XVII, pp. 914, 927.
- DUVAL (J.). — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. *Arch. méd. chir. de Normandie*, déc. 1932, p. 1649.
- Quel est l'avenir des malades opérés d'ulcères perforés ? *Gaz. Méd. de France*, XLIII, 215-217, 1<sup>er</sup> mars 1936.
- DUVAL (P.). — Ulcère de la petite courbure de l'estomac. *Rapports faits au XXIX<sup>e</sup> Congrès de chirurgie. Assoc. franç. de chirurgie*, Paris, 1920.
- et MOUTIER (F.). — L'infection dans le cycle évolutif des ulcères gastro-duodénaux. *Paris Médical*, 1925.
- ROUX (J. Ch.) et MOUTIER (F.). — Rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux. Indications thérapeutiques. *Pr. Méd.*, 3 janvier 1925.
- — GATELLIER, GIRAULT (A.) et MOUTIER (F.). — Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodénaux. *Arch. Mal. app. dig.*, XVI, 3-126, 1926. Exposé général (p. 3-5). J.-Ch. ROUX. — Étude clinique (p. 6-17). F. MOUTIER. — Étude anatomo-pathologique. Les étapes infectieuses de l'ulcère (p. 18-70). A. GIRAULT. — Étude biologique (p. 70-81). F. MOUTIER et GATELLIER. — Étude de l'ulcère perforé. Influence de la septicité sur les modalités anatomo-cliniques et le choix du traitement chirurgical (p. 81-107). J.-Ch. ROUX. — Thérapeutique médicale (p. 108-122). P. DUVAL. — Thérapeutique chirurgicale (p. 122-126).
- GIRAULT (A.) et BÉCLÈRE (H.). — Ulcère géant de la petite courbure à évolution latente. Gastrectomie. Guérison. *Arch. Mal. app. dig.*, XXIII, p. 892, 1933.
- et MOUTIER (Fr.). — La fréquence de l'ulcéro-cancer de l'estomac *Société de chirurgie de Paris*, 1928, n° 10.
- ROUX (J.-Ch.), BÉCLÈRE (H.) et MOUTIER (Fr.). — Les plis de la muqueuse gastrique. Étude comparative de leur expression radiologique, des aspects macroscopiques et des lésions histologiques. *Arch. Mal. app. dig.*, XXII, 1-20, 1932.
- — *Radiologie clinique du tube digestif. Estomac et duodénum*, 2<sup>e</sup> édition, Masson, 1935.
- et MOUTIER (Fr.). — Les phases initiales de l'ulcéro-cancer de l'estomac. Étude histologique. Livre d'or du Professeur Angel H. Roffo. *Las Ciencias*, Buenos-Aires, 1935.
- DURAND (G.). — Ulcère de l'estomac. Art. in *Traité de pathologie médicale et thérapeutique*. Coll. Sergent, t. IX.
- ELSNER. — La gastroscopie dans le diagnostic de l'ulcère et du cancer de l'estomac. *Arch. fur Verd.*, avril 1924.

- EMERY et MONROE. — Ulcère peptique. Nature, traitement basé sur 1435 cas. *Arch. of Internal Medicine*, févr. 1935.
- ENRIQUEZ. — Maladies de l'estomac. *Traité Laffite Bergé et Lamy*, 1909.
- et DURAND (G.). — Éléments de diagnostic entre l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *XVI<sup>e</sup> Congrès de médecine*. Paris, Masson, 1922.
- — *Les ulcères de l'estomac et du duodénum*. Masson, 1923.
- — Art. ulcère de l'estomac. *Nouveau traité de pathol. interne*, 1926.
- ESCARRE. — Ulcéro-cancer. Cancer ulcéroforme de l'estomac, conceptions actuelles. *Thèse Montpellier*, 1934-1935.
- EUSTERMAN et MAYO. — Ulcère gastrique traumatique. *Amer. Journal of Surgery*, oct. 1934, p. 74-81.
- KNUD FABER. — La gastrite et ses conséquences, 119 p. *Oxford University Press*, Londres, 1935.
- FAGOT. — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère géant. *Thèse Nancy*, 1920.
- FIGARELLA (J.). — *Traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse*, 155 p. Doin, 1933.
- FEVRE. — Contribution à l'étude de l'infection dans les ulcères chroniques gastro-duodénaux. *Thèse Paris*, 1927.
- FLANDIN. — Ulcère gastrique et appendicite. *B. et M. Soc. méd. hôp. Paris*, LII, 476-478, 30 mars 1936.
- FOYER. — A propos de 3.200 observations d'ulcères gastro-duodénaux. *Bruxelles méd.*, n° 4, 25 nov. 1934.
- GANDY. — L'ulcère simple et la nécrose hémorragique des toxémies. *Thèse Paris*, 1898-1899.
- GARIN et BERNAY. — Quelques images directes de lésions gastriques obtenues par le moyen de la photographie intra-gastrique. *Lyon médical*, 29 mars 1931.
- — De l'utilisation de la gastrophotographie dans le diagnostic de l'ulcère gastrique. *Bull. et Mém. Soc. nat. de chirurgie*, LVIII, 367-373, 5 mars 1932.
- — La douleur chez les ulcéreux. *Journ. de Méd. de Lyon*, 20 avril 1933, pp. 501-505.
- GATELLIER et MOUTIER (F.). — *Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodéal*, 240 p. Doin, 1935.
- GINISTY. — Les ulcères de la petite courbure. *Thèse Toulouse*, 1922.
- GIRAULT (A.). — Ulcus gastrique à symptomatologie tabétiforme. *Arch. Mal. app. dig.*, XIX, p. 876, 1929.
- GOSSET (A.). — Art. Ulcère de l'estomac. *Précis de pathologie chirurgicale*, t. IV, Masson, 1928.
- et LOEWY. — Ulcère de la petite courbure. *Presse Méd.*, 19 juin 1929.

- — Estomac biloculaire par ulcère. *Presse Méd.*, 8 février 1933, pp. 208-210.
- GRAULICH. — Endoscopie en gastro-entérologie. *Bruxelles Médical* 11 février 1931.
- GRAY. — Relation de l'ulcère gastrique avec le traumatisme externe. *Ann. int. méd.*, VII, 1403-1419, mai 1934.
- GRÉGOIRE. — A propos des hémorragies ulcéreuses fébriles. *Soc. des chir. de Paris*, 10 février 1926.
- GUÉRIN. — L'ulcère juxta-cardiaque. *Thèse Lyon*, 1919-1920.
- GUILBAUT. — L'étude clinique et thérapeutique de l'ulcère de la petite courbure. *Thèse Paris*, 1925.
- GUTMANN (R. A.). — Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diagnostic. *Pr. Méd.*, 19 déc. 1925.
- Sur l'origine des hématémèses. *Arch. Mal. app. digest.*, 1932, p. 921 et *Bull. et Mém. soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 9 mai 1932.
- Les critères de guérison des ulcères gastro-duodénaux. *Pr. Méd.*, 21 oct. 1931, p. 1537. *Communication au Congrès de thérapeutique*, oct. 1933.
- Les syndromes douloureux de la région épigastrique, 2<sup>e</sup> édition, 2 vol., Doin, 1934.
- Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique. *Le Monde Médical*, XLV, 95-104, 15 février 1935.
- A propos du diagnostic différentiel [entre l'ulcère gastrique et le cancer. *Arch. Mal. app. dig.*, XXV, 280-288, 1935.
- La période de début des ulcères. *Bull. et Mém. soc. méd. des Hôpitaux*, 52<sup>e</sup> année, pp. 1679-1683, 16 déc. 1935. *Bull. et Mém. soc. de Radiol.*, nov. 1935, pp. 568-570.
- et HOFFMANN. — Ulcère du canal pylorique. *Arch. Mal app. dig.*, XXV, 1008-1035, déc. 1935.
- et VOULPIOTIS. — L'évolution des ulcères gastriques. *Bull. et Mém. soc. de Radiol. méd. de France*, XIV, 45-49, janv. 1936.
- et JAHIEL. — Sténoses du pylore et gastrites ectasiantes. *Pr. Méd.*, 25 janv. 1936, pp. 155-158.
- REKIS et DASCALAKIS. — Critères d'efficacité du traitement médical des ulcères. *Arch. Mal. app. dig.*, avril 1936, p. 458-464. *Pr. Méd.*, 15 février 1936.
- GUTZEIT. — Résultats de la gastroscopie. *Médis. Klin*, 21 juin 1933.
- HARTMANN (H.). — *Chirurgie de l'estomac et du duodénum*, 1928.
- *L'ulcéro-cancer de l'estomac. Question clinique d'actualité*, t. V, 103-112, 1935.
- HARVIER. — *Initiation à la pathologie digestive* Paris, 1935.
- HAYEM. — Étude anatomique des ulcérations de l'estomac. *Arch. Mal. app. digestif*, juillet 1911, p. 349.
- et LION. — Maladies d'estomac. *Collection Gilbert et Thoinot*, XVI, Paris, 1913.
- HEILPERN et PORGES. — La gastrophotographie. Une nouvelle

- méthode de recherches. *Klin. Woch.*, IX, n° 1, 4 juin 1930.
- HOLLANDER. — Erreur dans la démonstration de la guérison d'un ulcère. *Journ. Am. Med. Assoc.*, 6 janvier 1923.
- HUNT et LISA. — Ulcère gastro-duodénal dans le tabes. *Journ. Am. Med. Ass.*, XLVI, 95-98, 10 janvier 1931.
- HURST (A.-F.). — L'ulcère gastrique et duodénal. Étude historique (traduit par F. Moutier). *Arch. Mal. app. dig.*, XVI, 753-779, juillet 1926.
- et STEWART (J.). — *Ulcère gastrique et duodénal*. Humphrey Milford, Londres, 1929, 559 pages.
- IDE. — La gastrite érosive, physiologie, diagnostic, et traitement. *Bull. ac. Roy. de Méd. de Belg.*, XIII, 1933, p. 15.
- JACQUELIN (Ch.) et GANDY (M.). — Ulcères térébrants à évolution continue et rapide sur l'estomac et le duodénum. *Arch. Mal. app. dig.*, XVI, 438-449, avril 1936.
- JAGOT et DENECHAU. — De l'ulcère de l'estomac tardif et de l'ulcère des gens âgés. *Arch. Mal. app. digestif*, 1909, p. 611.
- JAMIEL. — Étude sur le rythme des douleurs épigastriques. *Thèse Paris*, 1927.
- JEANNENEY. — Rôle de l'infection dans les hémorragies des ulcères gastriques. *Arch. Mal. app. dig.*, juin 1929.
- JEANNENEY (G.). — Pseudo-cancers gastriques guéris après simple laparotomie. *Soc. de chirurgie de Paris*, 28 février 1934.
- JONCHÈRES (François de). — Les hémorragies aiguës de l'estomac et du duodénum. *Thèse Bordeaux*, 1927.
- JUDD et PROCTOR. — Ulcères gastriques multiples. *Med. Journ. Rec. New-York*, 1925, CXXI, p. 93.
- JULICK. — Formes cliniques de l'ulcère de l'estomac chronique et récidivant. *Thèse Paris*, 1905-1906.
- KLIPPEL (M.) et WEILL (M.-P.). — Crises tabétiques de l'ulcère gastrique et fausses hématomés tabétiques. *Arch. Mal. app. dig.*, XI, 280-283, 1921.
- KONJETZNY. — Importance de la gastrite dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Therapie der Gegenwart*, LXX, n° 2, p. 53, février 1929.
- KORBSCH. — Aspect endoscopique des ulcères gastriques. *Munch. Med. Woch.*, 28 sept. 1918, p. 1676.
- La gastroscopie dans l'ulcère. *Arch. f. verd. Frank*, juin 1926, p. 247.
- LAROYENNE et LEURAT. — Ulcère de la face antérieure de l'estomac. *Soc. nat. de Med. et des Sc. méd. de Lyon*, 10 nov. 1926.
- LE NOIR, RICHET (Ch. fils) et JACQUELIN (A.). — L'ulcus gastrique à vomissements incoercibles. *Arch. Mal. app. dig.*, XI, 297-306, 1921.
- LEPOUTRE. — Énorme ulcère de l'estomac avec hémorragies graves.

- Gastrectomie étendue. *Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 12 février 1933, n° 7.
- LERICHE. — Réflexions sur l'évolution, la nature et le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. *Pr. Méd.*, 5 août 1933 et 23 août 1933.
- Ulcères gastriques multiples. *Soc. de chir. de Lyon*, 29 nov. 1933.
- LRON (G.). — De l'ulcère linéaire ou en fente de l'estomac. *Arch. Mal. app. digest.*, XII, 73-99, 1922, n° 2.
- Sur un cas de faux cancer de l'estomac. *Arch. Mal. app. dig.*, XIV, 933-941, 1924.
- LOEPER (M.). — Le cytodagnostic dans les maladies de l'estomac. *Leçons de Pathologie digestive*, 2<sup>e</sup> série, Paris, 1912. Masson.
- Les ulcères dissimulés de l'estomac. *Monde Médical*, 1913, n° 497.
- Le syndrome de l'ulcère de la petite courbure. *Leçons de Pathologie digestive*, 3<sup>e</sup> série, Paris, 1914, Masson.
- La pylorite. *Progrès médical*, 1919, p. 381.
- *Leçons de pathologie digestive*, 3<sup>e</sup> série, 1914 ; 4<sup>e</sup> série, 1919 ; 5<sup>e</sup> série, 1922. Paris, Masson.
- L'ulcus de la petite courbure. *Progrès Médical*, 17 janvier 1920.
- et MARCHAL. — Diagnostic topographique des ulcères gastriques. *Journ. Méd. Franç.*, janv. 1923.
- et TURPIN. — Les éperons et niches de la petite courbure. *Le Progrès Médical*, n° 42, 15 oct. 1924, p. 635.
- MANONG. — Le diagnostic de l'ulcère gastro-duodénal et le rythme de la douleur tardive dans le temps. *Thèse Paris*, 1928.
- MATHEU (A.). — *L'ulcère de l'estomac*. Art. dict. de Dechambre.
- et ROUX (J.-Ch.). — Le diagnostic de l'ulcère de l'estomac. *Gaz. des Hôp.*, 1902, p. 1227.
- Étude sur la pathologie de l'ulcus. *Gaz. des Hôp.*, 1914, pp. 117, 469, 581, 661, 745, 901, 917, 1029, 1109, 1221, 1359.
- L'ulcus chez les gens âgés. *Gaz. des Hôp.*, 19 fév. 1914, p. 325.
- SENCERT et TUERLER. — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*. Paris, Masson, 1917.
- et MOUTIER. — Les ulcères géants de l'estomac. *Arch. Mal. app. dig.*, 1920, p. 257.
- *Etudes de pathologie gastro-intestinale*. (Leçons recueillies par J.-Ch. Roux), dernière édition 1923.
- MEUNDER. — Des ulcérations médicales ou chirurgicales du corps de l'estomac. *Pr. Méd.*, 1920, n° 68, p. 665.
- MOIROUD (P.). — Petit ulcère gastrique récent. Hématémèse mortelle. *Soc. de chir. de Marseille*, 14 nov. 1932.
- MOLHANT. — La gastro-duodénite érosive ulcéreuse. Pathogénie et traitement médical. *Le Scalpel*, 1932, p. 95, n° 7.
- MONGES et DE LUNA. — La radiologie gastro-duodénale. Ses causes

- d'erreur, sa place en séméiologie. *Marseille Médical*, n° 14, 15 mai 1925, p. 816.
- MOREAU. — Quelques réflexions à propos d'un cas d'ulcus multiples de l'estomac. *Soc. belge de gastro-entérol.*, 3 mai 1930.
- MOULONGUET, GUTMANN et LAVAL. — GastroscoPie. *Annales d'oto-rhino-lar.*, juin 1932.
- MOUTIER (F.). — De l'ulcère chronique de l'estomac spontané chez le chien à estomac isolé. Étude de pathologie comparée. *Arch. Mal. app. dig.*, 1910, pp. 49-72.
- Recherches sur l'anatomie pathologique et la septicité de certains ulcères chroniques de l'estomac. *Arch. Mal. app. dig.*, XIII, 698-709, juillet 1923.
- L'œdème dans l'ulcère gastrique. *Arch. Mal. app. dig.*, juillet 1923 et janvier 1926.
- La perforation des ulcères gastro-duodénaux. Etude anatomique et pathogénique. *Arch. Mal. app. dig.*, XIV, 705-733, oct. 1924.
- et PORCHER (P.). — Ulcère diverticulaire. Guérison médicale sous contrôle radiologique. *Arch. Mal. app. dig.*, XV, 944-949, 1925.
- Le rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères chroniques gastro-duodénaux. Étude anatomo-pathologique. Les étapes infectieuses de l'ulcère. *Arch. Mal. app. dig.*, janvier 1926, pp. 18-70.
- Le diagnostic de guérison de l'ulcère à la lumière de la clinique, de la radiologie et de la gastroscopie. *Arch. Mal. app. dig.*, XXI, 821-832, 1931.
- Gastroscopie en clinique. *L'Hôpital*, sept. 1931.
- Étude endoscopique de l'ulcère gastrique. *Pr. Méd.*, 27 avril 1932, pp. 681-684.
- L'ulcère dormant. Essai de clinique gastroscopique. *Arch. Mal. app. dig.*, XXIII, 1103-1108. *Soc. de gastro-enter.*, 9 oct. 1933.
- Étude gastroscopique des formations cavitaires internes (diverticules et niches) dans divers états morbides de l'estomac (hyperkinésie, ulcère, gastrite). *Arch. Mal. app. dig.*, XXIII, 1108-1114. *Soc. de gastro-enter.*, 9 oct. 1933.
- Les gastrites sous le contrôle de la gastroscopie. *Pr. Méd.*, 18 nov. 1933, pp. 1852, 1855.
- Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. Masson, 1935 (348 p.).
- MOYNIHAN. — Ulcère gastrique et duodénal, 1924 (traduction V. Pauchet).
- NASTA. — Gastroscopie directe pour le diagnostic de l'ulcère gastro-duodénal. *Revista de Chir.*, n°s 5 et 6, mai-juin 1933.
- NOVARO (R.). — Les ulcères juxta-cardiaques de l'estomac, 160 p.,

- Buenos-Aires, 1928, et *Arch. argentines des mal. de l'app. dig.*, IV, 1929, n° 5.
- OETTINGER. — De l'ulcère de l'estomac consécutif aux traumatismes externes. *Arch. Mal. app. dig.*, février 1909, p. 61.
- PASCHETTA (V.). — Quelques considérations sur le diagnostic radiologique des ulcères gastro-duodénaux. *Bull. et Mém. de la Soc. de radiol. Médic. de France*, XXI, p. 200, juin 1933, et *Marseille médical*, 15 juin 1933.
- PATHAULT. — Contribution à l'étude de l'ulcère de Cruveilhier. Son évolution chez les gens âgés. *Thèse Paris*, 1907.
- PAUCHET, LUQUET et HIRCHBERG. — *Ulcère gastro-duodénal*, Paris, 1929.
- (V.) et BECART. — La méthode gastro-photographique et ses moyens de contrôle. *C. R. Ac. des Sciences*, 1932, p. 1133.
- PECO. — Valeur de l'interrogatoire dans le diagnostic des ulcères gastro-duodénaux. *Semana Medica*, XXXVII, n° 3, 16 janvier 1930, p. 137.
- et FERREIRA. — Ulcère géant de l'estomac, 2 cas. *Semana Med.*, I, 102-106, 10 janv. 1935.
- PELLOUX. — Difficultés de diagnostic des formes frustes de l'ulcère gastro-duodénal. *Thèse de Lyon*, 1919-1920.
- PERIGORD. — Diagnostic et traitement des ulcères térébrants de l'estomac. *Thèse Paris*, 1926.
- PESCATORI. — Exploration radiologique de l'ulcère situé sur la paroi postérieure de l'estomac. *Radiol. medica*, avril 1927, pp. 655-663, 5 fig.
- PESTORIZA. — Ulcère syphilitique de l'estomac. *Thèse Paris*, 1928.
- PETIT. — L'ulcère traumatique de l'estomac. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, février 1914.
- PICARD. — Quelques formes anormales de l'ulcère de l'antre. *Science méd. prat.*, 15 février 1933, pp. 112-122.
- PILPKO. — Ulcère du cardia. *Klin. med.*, XIII, 1647-1650, nov. 1935.
- PLICHET et BOURSAT. — Ulcère de la petite courbure, dans un cas d'inversion des viscères sous-diaphragmatiques. *Arch. Mal. app. dig.*, XXIV, 71, 72, 1934.
- PORCHER. — Ergots et niches atypiques de l'estomac et du bulbe (grande courbure et face postérieure). *Arch. Mal. app. dig.*, mars 1936, pp. 333-334.
- POZZO DI BORGO. — Contribution à l'étude de la fissure du pylore. *Thèse de Lyon*, n° 41, 1920-1921.
- PRADE (DE LA). — Les maladies de l'estomac. *Pratique journalière et vécue*, 1933.
- RACHET (J.). — La gastroscopie. *Thèse Paris*, 1926.
- RADIOGEVIC. — Ulcères de l'estomac de la grande courbure. *Arch. f. Verdauungs Krankheiten*, sept. 1933.

- RAMOND (F.). — Les ulcères gastriques infectés. *Progrès médical*, 14 sept. 1923, pp. 433-434.
- L'ulcère gastrique rebelle. *Le progrès médical*, 8 mars 1924.
- *Maladies de l'estomac et du duodénum*. Paris, 1927, Masson.
- Gastrites de la région pylorique. *Pr. Méd.*, 17 mars 1928.
- et JACQUELIN. — *Radiologie de l'estomac et du duodénum*, 1930.
- L'ulcère tardif. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 23 janvier 1932.
- et JACQUELIN. — A propos de la cicatrisation des ulcères gastriques. *Gaz. Méd. de Fr., Cahiers de gastro-entérol.*, 15 nov. 1934, p. 3.
- — Les duodéno-pyloro-antrites. *Arch. Mal. app. dig.*, juin 1935.
- RENAUD (M.). — La gastrite scléro-ulcéreuse considérée comme lésion fondamentale de l'ulcère simple de Cruveilhier. *Bull. et Mém. soc. méd. Hôp. Paris*, 1929, p. 131.
- RICHARD. — Sur la recherche radiologique des ulcères gastriques et duodénaux. *Arch. méd. d'Angers*, XXXVI, 70-74, mai 1932.
- RISPAL et TIMBAL. — L'ulcère de l'estomac tardif. *Toulouse Médical*, 10 avril 1913, p. 229.
- ROSANOFF (G.). — Considérations sur la gastroscopie en clinique. *Gaz. méd. de France. Cahiers de gastro-entérol.*, 1936, n° 14, p. 3 à 7.
- ROSEM. — Ulcères hémorragiques de l'estomac et du duodénum. *Thèse Lyon*, 1913-1914.
- ROUX (J.-Ch.). — Maladies de l'estomac, in *Manuel des maladies du tube digestif* de Debove, Achard, Castaigne, Paris, 1907, Masson.
- MOUTIER (F.) et CAILLE. — *Pathologie gastro-intestinale*, t. I, 1923.
- SALOZ, CRAMER et MOPPERT. — Éléments de diagnostic des ulcères de l'estomac et du duodénum. *XVI<sup>e</sup> Congrès français de médecine*, Paris, 1922, Masson.
- et MOPPERT. — Le spasme pylorique. Son importance dans la symptomatologie et l'évolution de l'ulcus. *Arch. Mal. app. dig.*, XIII, 97-113, 1923.
- — Ulcères orificiels et juxta-orificiels. *Journ. Méd. Franç.* janv. 1923.
- SAUTY. — Contribution à l'étude des ulcères chroniques du corps de l'estomac. *Thèse de Lyon*, 1914.
- SAVIGNAC et ALIVISATOS. — Contribution à l'étude de l'ulcère gastrique à forme tabéti-forme. *Arch. Mal. app. dig.*, XI, 73-104, 1921, n° 2.
- SAVY. — Considérations pratiques sur le diagnostic de l'ulcère de l'estomac. *Journ. de Méd. de Lyon*, n° 35, 20 juin 1921, pp. 1005-1013.

- SCHINDLER. — *Atlas de gastroscopie*, Munich, 1923, Lehmann.
- Sur la valeur de l'image en relief radiologique de la gastroscopie et de la gastrophotographie dans le diagnostic de la gastrite chronique. *Sem. méd.*, janvier 1930, p. 451-454.
- et SIELMANN. — Sur le contrôle gastroscopique des images en relief de la muqueuse stomacale obtenu par les rayons de Rontgen. *Med. Klin.*, n° 47, 20 nov. 1931, p. 1989.
- Endoscopie gastrique avec le gastroscopie flexible. *Arch. Mal. app. dig.*, déc. 1932.
- Ulcère gastrique. Diagnostic gastroscopique. *Journ. Ann. méd. ass.*, CV, 352, 355, 30 avril 1935.
- SÉNÈQUE. — A propos du diagnostic radiographique des ulcères de l'estomac et du duodénum. *B. et Mém. soc. nat. de chir.*, 20 janvier 1936, p. 289.
- SOLE, SORONDO et MOSTO. — Ulcère de l'estomac et du duodénum. *Etude anatomo-clinique et thérapeutique*, 411 pages, Buenos-Aires, 1931.
- SOULIER. — Contribution à l'étude des ulcères latents de l'estomac. *Thèse de Montpellier*, n° 126, 1920-1921.
- THERNY. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum. *Science méd. prat.*, mai 1928. p. 148.
- TILLIER (Mad.). — *Pyloro-duodénite*, Lyon, 1927.
- TIMBAL. — L'ulcère de la grande courbure de l'estomac. *Progrès médical*, n° 45, 6 nov. 1920.
- Les ulcères de la petite courbure. *Pr. Méd.*, 22 mai 1920.
- TIXIER et CLAVEL. — Les grandes hémorragies gastro-duodénales. *Etude médico-chirurgicale*, 185 p. 56, fig. Masson, 1933.
- TOUPET et KELLER. — Ulcère gastrique haut situé. *Arch. Mal. app. dig.*, XVII, 544-547, 1927.
- TRASTOUR. — Les ulcérations gastriques, Revue générale, *Gaz. des Hôpitaux*, 1902, p. 1413.
- TUFFIER. — Ulcères récidivants de l'estomac et du duodénum. *Pr. Méd.*, 1918, p. 367.
- UDAONDO (Bonorino). — Diagnostic clinique des ulcères de l'estomac. *Arch. Mal app. digest.*, 1928, p. 163.
- Les ulcères gastriques avec achlorhydrie et aepsie. *Arch. Mal. app. dig.*, XV, 259-264, mars 1925.
- CASTEIGNE et GONATONS. — Les crises douloureuses tabéti-formes dans les ulcères. *Revue de Médecine*, Paris, XLVII, 719-744, nov. 1930, n° 9.
- Critère de guérison de la thérapeutique médicale de l'ulcère gastro-duodénal. *Ann. de la Fac. de Méd. de Montevideo*, nos 5 et 6, 1934.
- VASSELLE. — Disparition de niches et d'images de diverticule gastrique après traitement médical de l'ulcère. *Gaz. méd. de Fr. (suppl. radiol.)*, XLIII, 27, 33, 15 février 1936.

- VILVANDRE. — Doubles lésions de l'estomac et du duodénum. *Lancet*, London, 1927, CCXIII, p. 1020.
- WEIL (M.-P.). — Les ulcères gastriques à symptomatologie tabétique et le pseudo-tabes de l'ulcère. *Arch. Mal. app. dig.*, XIX, 1150-1154, 1929.
- WEILL (P. E.) et BENZAQUEN. — Symptomatologie de cancer gastrique. Diagnostic probable d'ulcère gastro-duodénal. *Le Sang*, 1936, pp. 314, 316.
- WEISS. — Recherche expérimentale sur la pathogénie des ulcères gastro-duodénaux. *Soc. de chir.*, 8 janvier 1930.
- et WELSCH. — La gastrophotographie et les renseignements qu'elle peut fournir. *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, 30 avril 1932.
-

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                                                              | Pages. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| INTRODUCTION . . . . .                                                                                                                                       | 3      |
| CHAPITRE PREMIER. — <b>Généralités</b> . . . . .                                                                                                             | 9      |
| I. Formes typiques et formes atypiques de l'ulcère<br>gastrique. . . . .                                                                                     | 11     |
| II. Généralités sur la gastroscopie . . . . .                                                                                                                | 15     |
| III. Statistique générale et plan . . . . .                                                                                                                  | 24     |
| CHAPITRE II. — <b>Formes symptomatiques atypiques</b> . . . . .                                                                                              | 27     |
| I. Forme pseudo-gastritique. . . . .                                                                                                                         | 28     |
| II. Forme pseudo-cancéreuse. Ulcéro-cancer . . . . .                                                                                                         | 35     |
| Ulcéro-cancer. . . . .                                                                                                                                       | 35     |
| Ulcère précocement cachectisant. . . . .                                                                                                                     | 37     |
| Ulcère sur tumeur inflammatoire. . . . .                                                                                                                     | 40     |
| Ulcère sténosant par œdème antral . . . . .                                                                                                                  | 44     |
| III. Ulcère à évolution rapide . . . . .                                                                                                                     | 50     |
| IV. Ulcère à douleurs continues . . . . .                                                                                                                    | 56     |
| V. Dissociations radio gastroscopiques. . . . .                                                                                                              | 58     |
| VI. Formes à symptomatologie extra-gastrique.<br>Formes muettes cliniquement et radiologiquement.<br>L'ulcère gastrique dans l'intervalle des poussées . . . | 78     |
| CHAPITRE III. — <b>Ulcères de siège inhabituel; ulcères mul-<br/>tiples.</b> . . . . .                                                                       | 87     |
| A) Ulcère juxta-cardiaque . . . . .                                                                                                                          | 88     |
| B) Ulcères de la face postérieure . . . . .                                                                                                                  | 94     |
| C) Ulcères de la face antérieure et de la grande cour-<br>bure . . . . .                                                                                     | 97     |
| D) Ulcère de l'antrum . . . . .                                                                                                                              | 98     |
| E) Ulcère sur l'estomac de forme anormale. . . . .                                                                                                           | 101    |
| F) Ulcères multiples . . . . .                                                                                                                               | 102    |
| CHAPITRE IV. — <b>Aspects anatomiques atypiques.</b> . . . . .                                                                                               | 107    |
| A) Ulcère nain . . . . .                                                                                                                                     | 109    |
| B) Ulcère géant . . . . .                                                                                                                                    | 112    |
| C) Ulcère plat. . . . .                                                                                                                                      | 116    |

|                                                                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| CHAPITRE V. — <b>Formes atypiques diverses</b> . . . . .                                                                                                   | 121 |
| <i>A)</i> Ulcère tardif . . . . .                                                                                                                          | 123 |
| <i>B)</i> Ulcère traumatique . . . . .                                                                                                                     | 125 |
| <i>C)</i> Ulcère à douleurs anormales . . . . .                                                                                                            | 127 |
| <i>D)</i> Ulcère compliqué . . . . .                                                                                                                       | 129 |
| <i>E)</i> Ulcère atypique et gastrite . . . . .                                                                                                            | 131 |
| <i>F)</i> Ulcère et achlorhydrie . . . . .                                                                                                                 | 137 |
| Valeur comparative des examens clinique, radiologique, gastro-<br>photographique et gastroscopique pour le diagnostic de l'ul-<br>cère gastrique . . . . . | 143 |
| OBSERVATIONS . . . . .                                                                                                                                     | 151 |
| CONCLUSIONS. . . . .                                                                                                                                       | 199 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                                                                                                                    | 203 |
| PLANCHE I . . . . .                                                                                                                                        | 18  |
| PLANCHE II. . . . .                                                                                                                                        | 19  |
| PLANCHE III . . . . .                                                                                                                                      | 112 |

---

2.331. — ÉVREUX, IMPRIMERIE HÉRISSEY. — 2-37.

---





IMPRIMERIE  
HÉRISSEY  
: ÉVREUX :